Annata XXXIV (Gennaio - Dicembre) 1919

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

ORGANO DEL MANICOMIO INTERPROVINCIALE V. E. II.

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

DIRETTORE DEL MANICOMIO
LIBERO DOCENTE DI CLINICA PSICHIATRICA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

REDATTORE CAPO

M. LEVI BIANCHINI

Conto corrente con la posta

Pubblicazione quadrimestrale

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
A SPESE DELLA CONCESSIONE
1919

(*Pubblicato il 1. Settembre 1919*)

" IL MANICOMIO " Archivio di Psichiatria e Scienze affini si pubblica in fascicoli quadrimestrali di 160 pagine, e si occupa di tutti gli argomenti di **Psichiatria, Neuropatologia, Psicologia e Scienze dello spirito.**

Gli autori delle memorie originali ricevono in dono 50 estratti con copertina. Gli estratti in più si calcolano a parte.

Abbonamento annuo:	Italia e Colonie	**L. 12**
	Estero	**Fr. 18**
Un fascicolo separato:	Italia e Colonie	**L. 4**
	Estero . . .	**Fr. 6**

Per tutto quanto riguarda l'Amministrazione e la Redazione del Giornale, come invio di manoscritti, cambi, estratti, opere da recensionare, rivolgersi alla Redazione: **Prof. M. Levi Bianchini — Nocera Superiore — (Salerno).**

SOMMARIO DEL' ANNATA XXXIV — 1919

Lavori originali:

Bibliografie:

IL "MANICOMIO,,

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

ANNATA XXXIV — 1919

Annata XXXIV (Gennaio - Dicembre) 1919

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

ORGANO DEL MANICOMIO INTERPROVINCIALE V. E. II.

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

DIRETTORE DEL MANICOMIO

LIBERO DOCENTE DI CLINICA PSICHIATRICA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

REDATTORE CAPO

M. LEVI BIANCHINI

NOCERA INFERIORE

TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

A SPESE DELLA CONCESSIONE

1919

Anno XXXIV N. 1-2-3 (Gennaio - Dicembre) 1919

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI
Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.
Direttore: Prof. Domenico Ventra
Redazione ed Amministraz.: Prof. M. Levi Bianchini Nocera Sup.

Prof. FRANCESCO DEL GRECO
Direttore del Manicomio Provinciale di Aquila

Sulla questione dell'assenza di "rimorso„ nei delinquenti

I

Il fatto ed il problema: un pò di analisi della « coscienza morale » e del « rimorso »

Lo hanno tutti osservato. In casi rari il colpevole ha « rimorso » del delitto, e cerca di emendarsi, di divenire altro uomo. D'ordinario egli persiste tenacemente nella sua via.

E non capita lo istesso, per mancanze innumerevoli, che tanti, uomini o donne, compiono, ogni ora ed ogni giorno? Le immoralità, piccine, varie, moltiplicate, di cui è intessuta la vita sociale diuturna; finiscono, ben di rado, per chi n'è l'autore, in un sentimento, vivo, schietto, intero, di riprovazione di sè medesimi, di riconoscimento del proprio errore.

La *coscienza*, l'ideale *morale*, negli uomini più varii, *non è la medesima?* Ovvero essa *non è ugualmente efficace?* E per quali ragioni? In mezzo a quali contingenze si sviluppa la realtà psichica in esame? Ecco il problema.

La «coscienza morale» consta di due aspetti, di un peculiare *giudizio* e di un *sentimento* di potere, di energia interiore — Il giudizio morale non è un pensare astratto, un rivolgersi a cose indifferenti e da noi rimote. È un giudizio *valutativo,* in rapporto a sentimenti, ed impulsi e credenze; in rapporto a finalità da noi strettamente vissute.

Alcune azioni vengono giudicate degne, nobili, elevate: altre immorali. Davanti a queste si prova, in chi giudica, come un senso di malessere, un fastidio, una ripulsione, che via via si eleva, sale alla idea: s'ispira a quanto dicesi *principio, norma morale.*

La norma morale, pensata in simili contingenze, non è intellettualità pura. È pensata, è sentita, a mo' di qualche cosa di *esterno* e di *concreto,* di *operoso,* erto su noi. È come un «piano di vita»: direi quasi, è come una «imagine — persona». *fuori di noi, e che ha pure del «noi»,* poichè avviva, determina sentimenti ed azioni. Ha in sè la stigmate dell'*universale,* di alcunchè di *assoluto,* di *imperativo,* da cui non si sfugge. Si può da essa sfuggire; ma, allora, romponsi i legami che ad essa ci stringono. E si brancola nel buio.

Certamente la moralità, per alcuni rispetti, sta nell'intimo nostro. Mi spiego. Un'azione la diciamo morale, quando importa *una libera adesione del giudizio nostro.*

Adesione di giudizio non vuol dire adesione di *tutto l'essere individuale.* Tanto vero, che sorgono, talora, nel combattuto animo, dissidii fra il giudizio morale, fra l'urgenza attiva di questo; ed impulsi e propositi e sentimenti opposti.

Se, certo, la moralità è in noi, *nel senso che* il giudizio morale importa libera adesione subiettiva; non viene sperimentata (ripeto), come energia, comando, surto ab initio in noi. È sperimentata, è sentita, come venuta dal di fuori, *da un «potere» che sta sopra a «noi», in quanto realtà, singole, distaccate, distinte.*

Vi è, quindi, nel *giudizio morale* la caratteristica di essere, di involgere, *un lato personale ed un riferimento extra-personale,* di essere un *«noi-altro» nel punto medesimo.*

* * *

La nota personale vuol dire, che il giudizio morale dev'essere fatto e sentito e voluto da noi. Epperò, intorno ad esso, premono, urgono, si stringono *tutti i nostri modi personali* di sentire, di

volere, di appetire. Subiettività, che deformano non di rado, alterano, caso per caso, la pura « valutazione » in esame.

Per avere « rimorso », bisogna rappresentarsi obiettivamente l'azione compiuta e bisogna giudicarla. E se nostra è l'azione, uopo è si giudichi con *umile* animo e severo e fine. Uopo è sentiamo, alto, sul capo nostro, tutto il peso di quel *comando*, superiore ed esterno; in una con la opinione dei nostri simili, vicini e lontani.

Ora severità, finezza di sentire possono non aversi. Ancora più, falla in noi (di frequente) *l'umile* animo: indispensabile, prima radice d'ogni rimorso.

La Clinica Mentale porge una tale esperienza psichica nel caso degl' « infermi lipemaniaci ». Costoro si accusano di colpe gravi. Perchè? Perchè si sentono *umili, tristi, respinti, lungi* dagli altri uomini e dalla vita comune intera, lontani da Dio e dagli uomini.

Quando « umiltà » non vi è, quando dal pensiero di *avere errato* non sorge in noi la impressione di un « isolamento », intimo, profondo; è impossibile che si abbia il « rimorso ».

Si noti però: il « rimorso » del lipemaniaco è patologico, non ha sviluppi. Dilegua nell'apatia triste, in uno stato di torpore, di insensibilità affettiva, diffusa, entro cui, ad ora, ad ora, sorgono spasimi, si accennano moti d'animo, *cupi, disperati* — Acque, lago, oscuro ed immoto, nel fondo di erte rupi sinistre, sotto pallido cielo. E le acque hanno gorgoglii, vortici nascosti, silenziosi, come se tratte per ignoto abisso.

Nel sano di mente, il « rimorso » va con umile animo, con un senso di abbandono, è vero; ma raggiunge altre espressioni ancora.

Il rimorso, nell'uomo normale, è l'avvertimento, il sentirsi *respinto*, premuto, *diviso* dallo ideale, dalla vita morale. È l'acuto avvertimento di una tal cosa: è dolore, angoscia, perchè *desiderio, ancora; di ritorno*, di reintegrazione allo stato primiero. L'animo si crucia nel ricercare ogni latebra dell'*atto compiuto, e giudicato colpevole*, rimpetto a ciò che si avrebbe dovuto operare. Si crucia, taglia sul vivo; perchè vi è distacco, scissione, ed *impulso di ritorno*. E, sovratutto, perchè viene, non lungi, la *speranza* — Al dolce magistero di questa, dopo una *espiazione*, lunga o breve, si reintegra l'equilibrio in fine: si ricompone l'accordo, il « nesso d'animo » di soggezione e di amore con l'ideale — *Speranza*, che non vi è nel malato. *Umiltà* e *speranza*, che per nulla sono in delinquenti innumerevoli.

II

I perturbatori psicologici della « coscienza morale » in rapporto alle circostanze esteriori

Lo spettacolo della vita pratica mi sembra volto, tutt'altro, che a renderne migliori. Le immoralità, le piccole delinquenze sono infinite. Nessuno occhio scrutatore umano raggiunge chi falla, nell'intimo della coscienza. Nè, veramente, è possibile al giudice di fuori aver la prova di qualsiasi reato.

La repressione penale si sviluppa incerta, lenta, erronea. È una maglia, tra le cui reti è facilissimo adoperarsi.

Si educa quindi in noi un sentimento di *impunità*, il quale fa credere. dopo tutto, tollerabile, giustificato, quanto esserlo non dovrebbe.

Anzichè umiltà, la pratica della vita *stimola l'orgoglio*. eccita la persona. L'umile, il modesto è posto da banda. L'uomo immorale, se abile ed accorto, come il destro criminale, poco a me sembra, che restino isolati, messi fuori dal godimento comune.

Non bastano a giustificarli, le mille « scusanti », che sorgono dall'intimo proprio, personale; che inconsapevolmente fanno ad essi apprendere le loro azioni *da un punto di vista favorevole*. È l'opinione esterna, è il concorso degli altri, il quale, con l'esempio e con una sorda, perenne acquiescenza; altera maggiormente, in ognuno, la visione della norma, del « piano di vita » morale.

Così, per un contadino, commettere piccole ruberie in faccende di cibi, non è colpa. Nè colpa, per il mercante, dare meno di quanto egli fa credere di dare; o, per l'abile professionista, demolire il rivale, con aspre critiche, od (al coverto) con qualche calunnia sottile. Nè l'alto funzionario si duole, quando imbrogliò le carte in modo da dare la palma a chi n'era degno per nulla.

*
* *

Se la norma, se l'ideale morale fosse qualche cosa di diritto e semplice nelle applicazioni sue; se così fosse, mal si potrebbe, con giustezza, evitarne il comando, lo imperio. Ma l'ideale morale, nonostante che risulti di *linee universali, comuni agli uomini tutti;* ciò non ostante, *si materia, si concreta di altre particolarità*, inerenti a questa od a quell'epoca, a questo od a quel gruppo umano.

Inoltre il giudizio, che involge, è su *casi singoli*, particolari. Ed i casi particolari sono terribilmente complessi, irti di contingenze svariatissime. Per questa via, danno libero gioco a ripieghi, a sofismi d'utile nostro.

Invescarsi in una rete di errori, di piccole immoralità e delinquenze, fra le lotte, nel va e vieni, fra il groviglio inestricabile, di cui risulta la vita sociale diuturna; è cosa punto difficile, o rara invero. L'uomo non è realtà, compatta, uguale, sempre al modo istesso. Esso varia, presenta esaltazioni e discese: ha tendenze molteplici, è prono a suggestioni ed imposizioni: si ribella o piega. È tutto un complesso, per cui la eccezione non è lo errare. La eccezione sta nel mantenersi saldi per la via maestra del Bene.

D'altra parte le Società moderne sono, non certamente, di struttura semplice e dai moti equabili, senza scosse e prive di insidiose strade. Esse risultano d'incontri fra *gruppi umani*, a livello vario di Coltura e di sentimentalità: gruppi, che hanno « ideali concreti » particolari e diversi; hanno piani, « modi di vita » diversi — Peggio, se spunta l'ora dei turbamenti collettivi, del disordine comune.

La sorda guerra, che perenne freme fra le classi di una complicata Società moderna; si acuisce, ad ogni istante. E dà i *termini*, su cui poggiare, a qualsiasi *coscienza ribelle*, stretta dal bisogno, accesa dalla brama di godere e di riuscire.

III

« I dispersi »

Fra le popolazioni contemporanee della Europa civile, molti sono *i dispersi:* individui, fuori dalle loro famiglie, dalla loro classe, e *trasmigranti* per altre unità umane. Moltissimi si arrestano per via: sono i « dispersi ».

Disperso il contadino, che va lontano: tenta, un po', di istruirsi, di divenire accorto, abile operaio, in una metropoli; e vi riesce per nulla o male. Dispersi i figliuoli dell'umile rigattiere, i quali si sforzano di attingere una notevole Coltura, desiosi di cariche elevate. E non riescono. Disperse le giovinette, senza dote, aspiranti a matrimonii vantaggiosi, o le artiste, non capaci, poco esperte del mondo, infelici, e via via.

Tutta gente, male inquadrata nella Società, punto sostenuta

dal tepido nido, onde ebbe vita. Essa prova l'acuto stimolo del bisogno e dell'ambizione. Urta, si dilacera nelle carni e sanguina, contro ostacoli infrangibili. Geme. si adira. S'imbranca in altre «collettività», poste fra l'una e l'altra «collettività» regolare. Vive nel «demi-monde», per unioni equivoche, fino in grembo ad «associazioni», ribelli, o criminali del tutto. Vizii, tormenti pressioni infinite, li travagliano e li mutano nell'animo.

Gli uomini sono diversi l'uno dall'altro e per molte cose: hanno caratteristiche psicologiche, utili o svantaggiose — Qualcuno è impulsivo, spensierato: qualche altro, egoista, furbo, calcolatore: qualche altro, molto audace, intraprendente. E simili particolarità, che, d'ordinario, furono tra le prime cagioni, per cui essi sfuggirono al natìo destino; ora li serrano nel giro di eventi; contrarii, infausti.

* * *

Sorge, alla fine; nell'animo del travagliato uomo o donna; si delinea, in lui, un sentimento greve d'*impotenza* a tenersi, diritto, su quel «piano di vita», sognato dapprima, che irradiò le prime sue speranze buone.

La dura esistenza martellò in lui altri convincimenti, ed il senso di nulla potere, davanti alle istintività proprie antisociali, davanti alle occasioni, alla premente fatalità.

Si trovano *irresponsabili,* quasi estranei a loro medesimi. E si abbandonano. Punto si riconoscono e si giudicano *nell'atto del primo delitto, della colpa prima*; e, via, via, di colpa in colpa, lungo la inesorabile catena.

Non possono sentire «rimorso», perchè la loro vita colpevole non è posta dirimpetto all'*antica onestà:* divenuta per essi cosa del tutto impossibile, quasi mai esistente. Non vi è *capacità di paragone,* e, quindi, *di giudizio.*

La vita onesta fu spenta in quegli animi da tempo immemorabile: fluttua nei lontani ricordi. Chi verrà a risuscitarla, a porla innanzi, nel quadro dell'ora presente? Chi darà ad essi tanto coraggio, da indurre nel demolito cuore *la speranza,* di muovere a ritroso del tempo, di potersi riafferrare al Bene ed essere in questo?

Si noti, che talora deficienze gravi di «carattere», anomalie psichiche, li tirarono al male. E come risorgere da sè medesimi?

* * *

È falso il credere, che le anomalie psichiche sieno di poca frequenza. Tutti ne abbiamo, più o meno svolte, in germe, virtuali. E le anomalie concorrono, talora, ai nostri successi od alle nostre ruine.

Ognuno di noi ha *istintività*, più accentuate o deficienti; ha *lacune*, che si riverberano sulla propria vita morale. E ne fanno più scrupolosi in questioni di probità, od erotiche, o di vendetta e di affermazione personale; ovvero meno scrupolosi nell'una o nell'altra di simili faccende.

Ognuno di noi mostra, di leggieri, *incertezze nel volere*, all'urto di imprevedute circostanze; mostra impulsività accresciute o tormentose abulie. Od, ancora, può avere insufficienze di *valutazione pratica umana.*

Alcuni intuiscono l'animo degli altri uomini, ne indovinano i disegni, riescono a tenersi fermi nell'essere proprio, lontani dal malvagio e dal calcolatore: altri *sono vinti e tirati* per direzioni opposte e dannose.

Queste accentuazioni di «caratteristiche personali», possono, talvolta, aumentare *ed assumere le forme di una «anomalia»*. Possono raggiungere il grado di ciò che dicesi: *difettosità morale*, od *irruenza epilettoide*; o *sospettosità*, *mitomania*, *paranoide*; o *semplicità di spirito*, e via via. Modi individuali, ai *confini del morboso*, e che orientano diversamente la nostra azione ed il nostro giudizio, pratico, etico.

Ponete l'uomo, in condizioni difficili, privo di sostegni, dei legami innumerevoli, che a lui concede l'essere dentro una qualsiasi regolare collettività, o classe, in una qualsiasi posizione (come si dice): distaccatelo, lanciandolo, solo, eslege, nave sperduta per l'oceano del mondo. E la nave tradirà, nel lungo, incerto veleggiare, tutti i difetti della sua costituzione mal ferma.

IV

I perturbatori psicologico-costituzionali della «coscienza morale»: folli morali e delinquenti per crisi interiore

È inutile discorrere degli anomali compiuti, di quanti sono gravemente *manchevoli nell'affettività* (folli morali), o di *nevrosici-psichici* (epilettici, impulsivi costituzionali, ecc.), o di *defi-*

cienti nello intelletto, allorchè delinquono. Essi non possono, per alcun modo, giudicare sè stessi dal lato morale.

Specialmente nei primi, nei manchevoli di sentimenti affettivi, *se vi ha intelligenza ristrettissima;* lo sviluppo morale è nullo. E' soggezione irosa, verso il padrone, verso l'aguzzino, posto al di fuori, che leva in alto lo scudiscio, od appresta la scodella del cibo. Sentono che è giocoforza piegarsi a lui, e non più.

Qundo i' anomalo effettivo mostra *intelligenza, svolta o notevolissima,* se ha *volontà operosa;* allora, la sua *coscienza,* non certamente morale, si esplica nella esaltazione dei proprii istituti pravi: vive in una adorazione, nell' ingrandimento mostruoso del propro « io ». E riesce a lui impossibile riconoscere di avere, come che sia, errato.

Le angustie della vita pratica, le azioni giudiziarie maturanrno, con l'orgoglio, con l'egoismo enorme; maturarono, in quei soggetti, la disposizione *ad apprendere il contegno degli altri come se volto a proprio danno.* Nonostante i rapidi orientamenti l'alacre spirito, il cinismo, le simulazioni e le dissimulazioni; essi serbano, in fondo, un animo cupo, astioso, suscettibile grandemente: sono in preda a *delirio di persecuzione.*

Ho detto altrove, che il « delirio dl persecuzione » era la stigmate tipica del decadimento del « Carattere »: era la nota, per cui l'individuo si fa irriducibile al vivere comune e sociale (1).

E non lungi da questi (che si sfioccano in tipi umani diversi), vi è tutta una schiera di altri soggetti, la quale va, d'ordinario, sotto il nome di delinquenti per « passione ».

L'anomalo grave, manchevole nell'affettività (il così detto « folle morale », *è sempre tale, fin dalla nascita.* Giudica di sè e degli altri, come di nemico a nemico, o di nemico a vittima: mette sulla posta i suoi godimenti mancati, le sue ipertrofiche « istintività » combattute.

Il delinquente, per passione ed anomalo, ha, nei precedenti suoi, talvolta, una vita *incensurata* dal lato penale, o con poche e conosciute irregolarità. Egli si spinse al delitto, mosso da *sentimenti sociali,* non per *sentimenti egoistici e primitivi:* commise il delitto per vendicare l'onore di sua famiglia; o per amore alla prole, o per idee politiche, o religiose od umanitarie.

---

(1) — Vedi i miei Saggi: *La Paranoia e le sue forme* — Annali di Nevrologia, Napoli, 1899. — *I delinquenti e l'anomalia fondamentale del Carattere* - dalla Rivista di Psichiatria « Il Manicomio », Nocera Inferiore, 1903.

*
* *

Ogni giorno, nei periodici, si legge di mariti, i quali uccidono le mogli infedeli, e l'uomo che con essa li tradì.

Il pubblico si commuove; e vede in quell'atto una reintegrazione della « legge morale » violata. Pensa di costoro, come l'antico Areopago di Atene pensò del matricida Oreste. Vendicò il padre nella consorte infame e nel drudo. Uccise per ordine del Nume: vittima di « imposizioni morali », *in contrasto, tormentose* a lui, « alma fremente e pura ».

Così pensano gli uomini di tutti costoro.

In dati ambienti sociali, ed in alcune circostanze, non è, mi sembra, peregrino il caso, che un subitaneo sdegno, l'ira, l'onore offeso, mille suggestioni sanguinose, spingano un uomo onesto (benchè vivace ed irruente) al delitto. Più che uccisori, sono questi ultimi *feritori:* nel colpire il polso trema.

Tuttavia, non pochi uxoricidi (o delinquenti per onore di famiglia o per azione politica) *meditarono alla lunga il delitto; nè mai se ne dolsero.*

Quanto diversi dal greco eroe, inseguito dalle materne Eumenidi!

. . . . . Ahi! Ahi! Che veggo?
Come Gorgoni, avvolte in negri panni,
Eccole, o donne: e di affollate serpi
Attorte i crini....... Io più non resto.....
. . . .
Cresce la turba, affollansi, e dagli occhi
Stillano sangue che mette ribrezzo. . . . .

(Eschilo - Le Coefore)

Essi furono, ognora e sempre, spiriti, inaccessibili, sospettosi, marmorei: maturarono il loro convincimento. Ed il convincimento fu, spesso, erroneo; sempre e *del tutto* ingiusto.

Vollero vendicare un onore di famiglia, che mai non ebbero; poichè la consorte fu da essi scelta, non tra le pure vestali, e cacciata in mezzo a tentazioni d'ogni specie. O vollero salvare i figliuoli dalla fame, in cui li aveva costretti la propria vita; la vita inetta, inoperosa e strana del genitore: ed uccisero i figliuoli

e sè medesimi. O vollero colpire l'altolocato, credendo di salvare il mondo, stupidamente. E ferirono a morte un Re, un Presidente di Republica: UMBERTO, o CARNOT od ABRAMO LINCOLN, anime nobilissime e pietose.

*
* *

In mezzo a questi delinquenti, si notano uòmini diversi: alcuni, impasto d'immoralità abitudinarie e di resipiscenze, generose e strane. Cercano di redimersi nel delitto. Ed il delitto fu crudele impulso e mistificazione, fu gesto truce e vendetta — Altri si mostrarono sempre malinconici, cupi ed impulsivi. Nonostante certa superficiale gaiezza, furono costantemente sognatori di morte. Nel delitto si uccisero, o lo tentarono (1).

I più gravi infine, quelli che riassumono le note tipiche della classe; quali sieno l'ho detto, or ora.

Si mostrarono, prima del delitto, onesti, di una dolcezza, di una rettitudine da maravigliare; creduti santi per la loro austerità di vita. Mostruoso intreccio di tenerezze e di ferocie; e volgenti a ferocie più raffinate, per lo stimolo degli affetti!

L'affetto, il mite sentimento fu in essi, pari ad una crudeltà sottile — Essi carezzano la vittima, prima di ucciderla: infiorano e sciolgono un inno sull'agnello, prima di sgozzarlo — Crudeltà, non impulsiva, ma *saliente per giudizii terribilmente serrati, lucidi, di condanna feroce.*

Immoti furono nel convincimento. E si convinsero per interna rivelazione, quasi, per « illuminazione interna » (2).

Costoro ebbero *crisi d'animo* profonde.

(1) - Vedi l'altro mio Saggio: *Sulla mentalità dei Suicidi* - Dall'Archivio di Psich. «Il Manicomio» 1916.

(2) Vedi il mio Saggio: *Misticismo e delinquenti ed eroi politici* — *Rivista di Psicologia* — Bologna, 1913.

Nel loro spirito maturò qualche cosa di virtuale e latente; tra insonnie, inappetenze, fra un complesso di sintomi neuro-organici. Talora in giovane età, tale altra ad età matura, o nella età critica, se donne.

Non di rado, dopo il delitto, apparve evidentissima la loro follia: in alcuni casi seguì un *decadimento mentale* ineluttabile. Eppure, lungo questo decadimento, lungo tutto il delirio, furono sempre vivi quei moti d'animo di odio, di strage e vendetta (1).

Altri non caddero in follia permanente: superarono l'«accesso»; ma restò l'animo menomato, la ruina interiore. Ed il convincimento, folle e crudele, fu tetragono in essi.

Sono quindi costoro, quasi sempre, *delinquenti per crisi interiore.*

Di molti uomini dalle ardenti passioni, si legge, per le Istorie, che nella vita subirono commovimenti e trasformazioni d'animo intense. Da queste sursero a vita novella (2).

Come i forti, i puri di cuore, superarono l'intimo dissidio, poggianti in alto; così i deboli, i fragili o mostruosi d'animo, caddero nel delitto e nella follia.

Pretendere, che costoro si emendino, che riconoscano il loro errore o l'atroce delitto, è assurdo. Sono essi (lo ripeto) irremovibili nel folle errore. Fino sul palco di morte, presso al carnefice, non piegarono.

Ed è strano, come molti trattatisti abbiano detto, che i delinguenti per « passione » si pentano, e sia, per essi, inutile qualsiasi azione penale.

Coloro, i quali si pentono, sono alcuni « passionali » (se passionali vogliamo nomarli): sono gl'instabili, gl'impulsivi, presi e sforzati al delitto, da circostanze tristi o da malvagie suggestioni.

Si pente Otello e si uccide; perchè Otello, dopo tutto, era un credulo impulsivo, per quanto geloso e brutale. A meno che il ravvedimento, il ricredersi di Otello, nella tragedia del sommo poeta, non sia una fine, bellissima dal lato estetico, molto discutibile per la verità.

---

(1) Vedi i miei precedenti studî: *Il temperamento nei paranoici omicidi* — Dalla « Scuola Positiva nella Giurisprudenza penale ». — Roma 1917 — e *Sui delinquenti pazzi* dalla « Rivista sper. di Freniatria » — Reggio Emilia, 1899.

(2) Vedi l'altro mio Saggio: *Tormentate Coscienze* dalla « Rivista Ital. di Neurop. Psichiatria » 1917.

V

Conclusione

Una rapida visione comprensiva ho tentato, movendo dai casi di lieve delinquenza o di immoralità, più o meno notevoli, più o meno *tollerati* negli ambienti umani. In essi ho veduto, appena, alcune circostanze, individuali, esterne o collettive, che deformano e pervertono il nostro giudizio morale.

Fra le individuali circostanze, molto frequenti sono le « anomalie psicologiche », in sugl'inizi, od accentuate. E tutto aggravasi nel criminale morboso, nel criminale dall'« affettività manchevole », o per « crisi interiore ».

Negli ultimi ,evidentemente, riesce impossibile qualsiasi « rimorso ». La « coscienza morale », se non vi è, per alcun modo, operosa, formata; vi sta pervertita, fuori d'ogni ragione.

E nei casi di delinquenza, lieve o comune, sovra indicati; le « coscienze ed attività morali » degli uomini sono varie.

Sono tocche, deviate, ora nei giudizii, nelle valutazioni soggettive, per orgoglio, per vanità, allo stimolo di tolleranze, di esempii, di suggestioni o di condizioni esterne. Ovvero falla in essi ogni proposito morale, per debole energia pratica o per mancata giustezza di criterio; ovvero per impotenza a volere, *a dominare sè medesimi.*

Complesso, modalità psichiche, le quali non vanno considerate, in astratto; bensì, nel pieno degli individui e degli avvenimenti.

L'errore del giudice e del medico è vedere in costoro, soltanto, *colui che delinque* od *il malato.*

Bisogna vedervi *l'uomo.* E considerare che essi giunsero a quel punto, per un lavorio di deformazione interiore, prolungato, insistente. La loro anima triste si martellò ai colpi delle avversità, delle lotte, di orgogli pravi, di tutta una vita male vissuta. E bisogna quegli uomini intendere appieno, inquadrarli nella loro classe, nella loro educazione, notevole o nulla; nei loro vizii, nei sospetti, nelle loro torbide speranze.

* * *

Fra noi e costoro spunta, di leggieri, un *malinteso profondo*: si erge come un muro insuperabile.

La vita vissuta, le unioni malvagie, entro cui furono costretti; i procedimenti giudiziarii, maturarono, in quei cuori, *un modo persecutorio* di apprendere le azioni umane esterne. Stato d'animo, orientamento di « Carattere, », che è, senza dubbio, il margine, la soglia d'ogni caduta irreparabile, e d'ogni grave follia.

Dietro qualsiasi apprendimento od idea di persecuzione, vi è l'animo irritato, siede l'*orgoglio*, duro, vivace, inflessibile: quindi non ombra di *umiltà* e di *speranza*, che, per la china del rimorso, purificano, elevano.

Gli educatori, chiunque abbia cura di anime, quanti, per apostolato o per funzione, si adoperano intorno a questi derelitti; uopo è stieno saldi nella fede di poter recar bene ad essi, e grandemente.

Debbono sforzarsi di superare il *malinteso* triste, volgendo il colpevole, il ribelle al *sentire comune*, ad un « ideale », dal comune non lontano. Debbono sforzarsi di *avvicinare* quelle anime a sè medesimi.

Lavorio difficile, terribilmente arduo, scandagliare penombre psichiche, così varie, involute, tortuose: rimuovere ostacoli, superstizioni, ignoranze, storti giudizii e rancori. Non di rado si urta tra colonne immote, fatte dal tempo e da natura.

Tuttavia, fra colonna e colonna, tra arco ed arco, per la oscurità fonda; chi agita la fiaccola del Bene suscita, ad ora, ad ora, palpiti, risonanze insuete, o giammai credute.

Alcuni di quegli uomini, tratti a vita novella, non riconoscono più sè medesimi. Si sentono divisi in due: vedono l'altro « sè stesso », precipitato nella voragine cupa dell'errore e del delitto. Ed il nuovo « sè », quasi estraneo, il capo nella luce — Non riconoscersi, sentirsi come due personalità distinte; è principio di altro vivere: è resurrezione.

Procedimenti morali, che importano tutta una istituzione di lavoro, di espedienti e di mezzi esterni, in cui tengono la palma alcune libere Nazioni. E quanti precursori vi furono! Ma di ciò ragionare, non era mio proposito in queste pagine.

Aquila, 27 Febbraio 1919.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE DELLA R. UNIVERSITÀ
DI ROMA DIRETTA DAL Prof. G. MINGAZZINI

Afasia e mutismo da emozione di guerra

PER IL

dott. CASIMIRO FRANK

AIUTO INCARICATO

“ Tum pavor sapientiam omnem mihi
ex animo expectorat „
(Ennius, apud Cic. Tuscul. IV. 8).

STORIA E DEFINIZIONE

Il mutismo funzionale consecutivo all'emozione violenta o forte spavento era noto e descritto già nell'antichità. « *Obstupui, steterunque comae et vox faucibus haesit* » dice *Virgilio*, raccontando di Enea che fuggendo da Troia, perde la moglie, erra come pazzo per cercarla, si trova improvvisamente in presenza della ombra di Creusa e preso da spavento, resta muto. *Erodoto d'Alicarnasso* riferisce nella sua storia il fenomeno meraviglioso in un figlio di Creso, il quale dopo molto tempo che aveva perduto l'uso della favella la ricuperò improvvisamente vedendo suo padre minacciato di morte da un soldato di Ciro al saccheggio di Sarre nel 457. a. Cr. Accanto allo storico ed al poeta — i primi precursori in questa via — trova degno posto *Ippocrate*, il quale si occupò particolarmente dei disturbi della parola e per primo come medico riferì il caso di mutismo da spavento di cui trovò affetta la moglie di Polemaco. Viceversa nella storia delle guerre antiche, nè in quelle combattute dai Greci, nè in quelle combattute dai Romani, il mutismo come manifestazione speciale di emozione di guerra

non viene descritto. I Greci conoscevano è vero una forma di «terrore panico», che colpiva l'intiere popolazioni e l'intiere armate, però questo terrore si manifestava in forma di gridi, di azioni violente, ferimenti, ma non colla perdita della favella. *Montaigne* (in uno degli Essays che tratta della paura) riferisce che nella guerra combattuta da Germanico contro gli Allemanni si verificò un altro curioso fenomeno: le due armate nemiche in seguito allo spavento fuggirono in due direzioni opposte. Nemmeno il Medio Evo con le sue numerose guerre e pure così ricco di fenomeni isterici non ci fornisce casi sicuri di mutismo. Soltanto nel secolo XVI appaiono i primi casi descritti da varii autori, di perdita della favella in seguito a traumi od emozioni. Uno di questi viene raccolto da *Bohmann* nel libro «*Magazin des Ausserordentlichen in der Natur, Kunst und im Menschenleben*»: egli narra di un uomo il quale, in seguito ad un forte spavento preso durante il salvataggio di un suo figlio che stava per annegare, rimase muto per degli anni ma soltanto per un'ora al giorno, fatto che richiamava attorno a lui molta gente curiosa. Lo stesso *Montaigne* riferisce che durante la guerra dei Borboni a Roma uno dei soldati preso da forte spavento cadde tramortito a terra, senza ferita alcuna. I primi casi di mutismo descritti da vari medici fanno la loro apparizione soltanto nel secolo XVIII. E' vero che già prima *Cornelio Celso e Galeno* danno ampie descrizioni sui disturbi della parola; però queste si riferiscono più che altro alle balbuzie; ed è soltanto nel 1727 che *Van der Wield* narra di un contadino che per due anni sordomuto riacquistò d'un tratto l'udito e la voce. E' da notare che in questa epoca, mancando un'accurata analisi semiologica del mutismo esso viene confuso con l'afonia. Così ad es. anche molto più tardi (1859) *Briquet* nel suo Trattato, parlando di mutismo dice «che l'afonia si presenta più di frequente come disfonia perchè i malati riescono a parlare a voce bassa». Altri casi del genere furono in quest'epoca descritti da *Watson e Wells*. Pero è soltanto nel secolo successivo (XIX) che questo disturbo nervoso particolare fu per la prima volta seriamente segnalato all'attenzione da un lavoro di *Revilliod* (1883), seguito a breve distanza da *Charcot*, *Cartaz* e *Natier*: quest'ultimo anzi nel 1888 pervenne a raccogliere 71 casi di mutismo rispettivamente sordomutismo isterico, ai quali *Mingazzini* nel 1897 ne aggiunse altri 9, compreso un caso di osservazione personale. Da allora fino allo scoppio della guerra attuale furono registrati un'altra ventina di casi descritti da *Bastian Wallace*, *Watterdorf*, *Saenger*, *Guttman*, *Toporkow*, *Stintzing*,

Löwenfeld, Laquer, Ernoul, Antony, Cheptelich - Kheroussko, Bèclère, Saupiquet, Lannois et Feuillade, Makuen, Boldyreff, Pavlosky, Fedoroff, Citelli ed altri.

Le prime osservazioni riferentisi a mutismo e sordomutismo da emozioni di guerra (sindromi da scoppio di granate) furono pubblicate da *Ciaikewitsch* e da *Stiede* sul materiale neurologico osservato durante la guerra russo - giapponese. Noi abbiamo già accennato che i primi casi pubblicati sotto il nome di mutismo isterico erano casi di afonia la quale veniva confusa dai medici antichi con il mutismo. Così lo stesso *Revilliod* ancora attribuiva il mutismo alla paralisi del n. laringeo superiore. Soltanto *Charcot* riuscì in modo magistrale a separare i due quadri clinici di afonia e mutismo dimostrando in base alle osservazioni personali come nel mutismo isterico esiste sempre afonia, la quale però può osservarsi anche isolatamente. Infatti poco dopo venivano pubblicati parecchi casi di afonia isterica. Così nel 1885 *Johnson* riferiva un caso di afonia isterica senza mutismo, ne seguono poi altri casi di *Bastian, Jankelewitsch, Wicherer, Raviart et Dubar, Royer, Foerne, Simonin, Jourdin,* ecc. Per ciò che riguarda la sordità isterica (senza mutismo) essa era già conosciuta da *Briquet. Walton* (1883) e *Lichtwitz* (1887) ne dettero parecchi esempi clinici rilevandone la variabilità e la bizzarria. *Haberman* (1880) diede il primo esempio di sordità isterica consecutiva a malattia organica dell'orecchio, mentre *Cartaz* (1892) ne riferiva il primo caso di sordità funzionale da trauma. *Gradenigo* (1893) ha studiato minuziosamente la diagnosi differenziale tra la sordità organica e quella funzionale. *Wiebe, Thanisch, Luczucki, Marx e Doelger,* hanno riferito altri casi di questo disturbo funzionale dell'udito.

Accanto al *mutismo, sordità, sordomutismo, ed afonia isterica* esistono nella letteratura delle osservazioni di così detta *afasia isterica.* Già *Legroux* (1877) ne ammetteva l'esistenza e contemporaneamente *Tynlaison* pubblicava il primo caso del genere.

Guillain (1901) era riuscito a raccoglierne 22 casi cui aggiunse una osservazione personale. Io ne ho potuto rintracciare altri 13 casi pubblicati da *Marinesco, Toporkow, Laignel - Lavastine, Raymond et Sezary, Courmont, Vitek, Schönfeld, Gerstkoff, Saupiquet, Tixier, Olivier, Dodinet* e *Makensie.* Gli autori suddetti hanno descritte le più svariate forme di afasie sia motorie, come sensoriali, con parafasie, alessie, agrafie cui *Ingegneros* aggiunse dei casi diversi di amusie isteriche.

Oltre i suddetti disturbi della parola altri ne furono notati fin

dai tempi antichi a carattere disartrico e principalmente sotto forma di *balbuzie*. *Aristotele* e *Plutarco* furono i primi ad accennare alla balbuzie. *Erodoto* parla del re *Battus* di Cirene, il quale nel parlare ripeteva spesso la prima sillaba della parola, e chiamò tale disturbo in greco «*battarizein*». *Ippocrate* descrive anche lui la balbuzie. *Cornelio Celso e Galeno* danno ampia descrizione di questo disturbo della parola; *Mercuriale* descrive bene la forma di balbuzie a ripetizione. *Itard* di Parigi (secolo XIX) fu il primo medico che seppe bene differenziare le balbuzie dagli altri disturbi della parola, mentre la prima trattazione scientifica dell'argomento è dovuta ad *Arnott* (1827) e *Columbat* (1830).

Insieme alla comparsa dei lavori fondamentali sulla fisiologia della parola di *Ammann, Haller, Wallis* e *Merkel* si modificano anche le classificazioni sulle varie forme della balbuzie. Così mentre *Besel* nel 1850 distingueva soltanto 5 forme, *Ssikorski* nel 1891 ne ammise invece 16.

Spetta però a *Gutzmann*, (1879) il merito di aver per il primo apportato un po' di luce nella intricata questione delle balbuzie mediante accurata analisi delle componenti della parola, mentre *Kussmaul* (1877) fu il primo a dare una deffnizione scientiffca della balbuzie, che egli considerò come «*una neurosi spastica di coordinazione dovuta a debolezza congenita dell'apparecchio di coordinazione sillabare*». Questa definizione oggi, come vedremo meglio in seguito, fu recentemente contestata e modificata da *Höpfner*, *Aronsohn* e sopratutto da *Fröschel*.

La comparsa di *disartrie* nel decorso del mutismo isterico fu una cosa già nota nel 1880 l'anno in cui *Wilks* riferì un caso di mutismo preceduto da bradilalia; *Cartez*, nella stessa epoca osservò dei casi di mutismi seguiti da balbuzie. Casi di balbuzie isteriche isolate furono pubblieate da *Geisler, Debove, Colman, Guislain, Gaisset, Monisset*, et *Mouriquaud, Savy e Cherrin*. *Meige* fece oggetto di uno studio speciale le balbuzie isteriche che egli chiamò «*disfasie funzionali*».

Se tale fu il quadro storico dei disturbi funzionali della parola prima dello scoppio della guerra attuale, oggi purtroppo i casi del genere non si contano più e *Muck*, che ne ha riferiti circa 300, giustamente osserva che mentre prima della guerra attuale il mutismo isterico era per alcuni un fenomeno clinico leggendario che si conosceva soltanto di nome, oggi non vi è neuropatologo che non ne abbia visto dei casi. Da parte mia mi pare sufficiente la dichiarazione che io stesso in un solo centro neurologico di Roma

(Neurocomio Militare di Villa Wurts) ho potuto esaminare più di 100 casi.

Come si vede, dunque, i casi di mutismo e di altri disturbi funzionali della parola in seguito a emozioni di guerra sono numerosi e parecchi i lavori sull'argomento.

Fra questi i più importanti spettano a *Grasset, Muck, Behr, Gradenigo, de Sandro, Pflug, Hirschfeld, Guillain, Lermoyer Morestin, Roussy, Froeschel, Stuchlik, Natier. Donath, Kehrer, Dub, Boestrem, Règis, Bilancioni* ed altri. La grande maggioranza dei casi registrati si riferiscono sempre al *mutismo, sordità, sordomutismo, afonie e disartrie*, mentre i casi di cosidette *afasie isteriche* rimangono rarissimi. Anzi alcuni come *Babinski*, e *Lewandowski*, contestano l'autenticità di siffatto raro disturbo, altri invece come *T. Cohn, Rothmann, Adernach*, ne sostengono anche attualmente la legittimità e ne aggiungono delle osservazioni personali. Io stesso ho potuto osservare un caso di cosidetta « *afasia isterica* » (*Sordomutismo + alexia + agrafia*) ma a me pare non ostante il parere contrario di alcuni autori — come *Saupiquet, Bastian, Hirschfeld, Gradenigo* ed altri — che una simile denominazione sia inaccettabile dal punto di vista clinico non solo, ma anche da quello patogenetico. I moderni concetti infatti sulla patogenesi dell'isteria hanna fortemente scosso la teoria di *Charcot* sulle « localizzazioni anatomiche dell'isteria ». — È necessario, dunque, fin d'ora sapere come esista un gruppo di disordini funzionali del linguaggio diverso dalle afasie organiche e come sia perciò necessario fissare bene nella nostra mente i caratteri differenziali delle une e delle altre. Per *Afasia motoria* vera o di Broca (organica) s'intende la perdita della memoria delle immagini motorie o grafiche delle parole, pur essendo conservata la funzione periferica del rispettivo apparato verbo — motorio (*Mingazzini*); questa forma di afasia inoltre corrisponde alla lesione di parti ben note degli emisferi cerebrali le quali ogni qualvolta vengono lese danno luogo ad una data e costante forma di afasia. Al contrario nel mutismo funzionale la memoria delle immagini motorie e grafiche è bene conservata mentre è abolita invece la funzione destinata all'articolazione delle parole, alla fonazione ed alla emissione delle medesime. O più semplicemente: mentre nell'afasia motoria di *Broca* od organica, l'individuo non sa più parlare, nel mutismo funzionale egli non può parlare. È vero che nella cosidetta afasia motoria pura subcorticale analogamente a quanto si nota nel mutismo isterico la memoria delle immagini verboarticolari è bene conservata, però

anche questa forma di afasia organica differisce dal mutismo funzionale sopratutto per la grave dispneumia e completa afonia ed anartria che mancano nella prima; nella quale invece esistono quasi sempre dei disturbi disgrafici (*Mingazzini*) come mai non si osservano nel mutismo isterico (v. anche cap. diagnosi differenziale).

La stessa differenza fondamentale corre tra *l'afasia sensoriale e la sordità verbale isterica.* Cioè a dire che mentre nella prima l'individuo ha perduto il ricordo delle immagini recettive auditive e scritte, pur essendo conservata la funzione sensoriale dell'udito, nella seconda al contrario è conservata la memoria delle immagini ricettive auditive e scritte e non mancano mai disturbi della percezione uditiva. O più semplicemente: mentre nell'afasia sensoriale organica l'individuo ode bene ma non riesce più a comprendere il significato delle parole udite e scritte, nella sordità verbale isterica egli ode male e per conseguenza male percepisce le parole udite soltanto, pur comprendendo bene quelle scritte. Ecco perchè i casi di così detta afasia isterica a tipo sensoriale non riproducono mai esattamente i disturbi che si osservano nell'afasia sensoriale volgare organica. I concetti testè espressi sull'*afasia sensoriale isterica* vengono conformati dai casi finora descritti nella letteratura. Tali casi si possono suddividere in 2 gruppi:

a) *sordomutismo agrafia alexia*

b) *sordità verbale pura isterica.*

Il primo gruppo (sordomutismo + agrafia + alexia) già per la presenza del mutismo (v. sopra) fuoriesce dal quadro delle affezioni afasiche (organiche). Ma anche prescindendo dal mutismo, la stessa alexia ed agrafia isterica (che *Lewandowski* stima più opportuno di chiamare incapacità di leggere e di scrivere) presentano spesso dei caratteri strani, bizzarri e variabili spesso dovuti alla disattenzione dei pazienti come mai non si osservano nei disturbi analoghi di natura organica. Questi pazienti riconoscono le lettere o le parole una volta si e una volta no, scrivono bene la mattina e male la sera, talvolta possono scrivere con lapis e non con la penna (*Dejerine*) ecc. — Il secondo gruppo (*sordità verbale pura isterica*) differisce anch'esso dall'omonimo gruppo di afasie organiche non solo per la presenza (contemporanea o pregressa) di disturbi uditivi, come ad. es. nel caso di *Raymond,* ove esisteva sordità verbale — sordità musicale, ma anche per il fatto che la sindrome isterica è incostante e variabile (caso di *Raymond* e *Janet,* caso di *Calligaris*) oppure — fatto ancora più

bizzarro — essa è unilaterale (lo stesso caso di *Calligaris*), mentre noi sappiamo che siffatto disturbo organico non si associa quasi mai a disturbi dell'udito, è costante e sempre bilaterale.

Io ho potuto notare una terza forma di afasia sensoriale isterica negli stati d'involuzione del sordomutismo isterico, ove come vedremo meglio in seguito, è frequente ad osservarsi una ipoacusia per i rumori fini associata a sordità verbale senza alexia, nè agrafia. Anche questa forma, dunque, di afasia sensoriale isterica che secondo la mia esperienza è la più frequente, non riproduce affatto la forma organica. Nè il siffatto disturbo isterico (ipoacusia — sordità verbale) si deve confondere, per le ragioni che esporremo nella discussione patogenetica, con la così detta falsa sordità verbale o sordità verbale acustica, disturbo che si osserva nelle lesioni organiche dell'apparecchio uditivo periferico ogni volta che va perduto quel tanto di facoltà uditiva che è assolutamente necessaria per la percezione delle parole (***Pseudotaubheit di Liepmann***). Taluni autori riferiscono di aver osservato nelle cosidette afasie isteriche disturbi parafasici e paragrafici; io però debbo notare che in questi casi non fu sufficientemente esclusa una base organica o si poteva per lo meno trattare di un'associazione istero - organica come nel caso occorsomi dove il sordomutismo isterico fu seguito a breve distanza da disturbi disfasici, disgrafici e disartrici certamente dovuti ad una demenza paralitica sopraggiunta.

Le stesse ragioni ci inducono a rifiutare il nome di « *afasia isterica* » anche per quei casi di disturbi funzionali della parola che apparentemente sembravano riprodurre i varii gruppi di afasie organiche motorie o miste. Pur ammettendo l'esistenza di questi casi è necessario dire che essi differiscono talmente dalle afasie organiche da non potersi sostenere neanche approssimativamente l'identicità dei due disturbi. Astraendo da alcuni di questi che presentavano disturbi quasi identici a quelli che si osservano nelle lesioni organiche e dove non fu sufficientemente esclusa una lesione a focolaio, altri, invece, sovrabbondavano di bizzarrie come mai si verificano nelle forme di afasie organiche. Così ad es. nel caso di ***Marinesco*** si notava accanto ad una disartria, « jargonaphasie » agrammatismo, amnesia verborum, afasia d' intonazione; tanto è vero che lo stesso autore per definire la strana sindrome fu costretto usare il termine di *afasia paradossale*. Lo stesso dicasi per le forme di afasia motoria isterica che *Charcot* chiamò afasie polisillabiche nel decorso del mutismo; egli non pose mente al fatto che queste presentavano un fenomeno transitorio caratteristico della fase di in-

voluzione di ogni mutismo, dove prima ritorna la facoltà di pronunziare parole mono-e bisillabiche. La constatazione di Charcot ha indotto alcuni autori come *Laignel-Lavastine, Negro* ed altri a sostituire al nome di «afasia isterica» quello di mutismo incompleto. A me pare che non si possa parlare di «mutismo incompleto» sia perchè ciò rappresenta una *contradictio in adjecto*, sia perchè nel mutismo isterico mancano in genere i disturbi della scrittura e della lettura, che furono notati nei casi di afasia isterica. Per evitare quindi ulteriori confusioni di concetti clinici diversi io propongo di adoperare per i disturbi afasici funzionali somiglianti a quelli organici il nome di *pseudoafasie isteriche*, riservando sempre alle forme organiche il loro proprio nome di afasie. *Gradenigo* in verità ha cercato di sostituire alla parola «mutismo», quella di audimutismo: a me sembra però che la parola «audimutismo» la quale dagli autori (*Coen, Perusini, Righetti*) viene adoperata per definire un'afasia congenita organica ora a tipo motorio ora anche a tipo sensoriale, per le ragioni già esposte non deve essere ugualmenle usata per denominare un disturbo funzionale del linguaggio, il quale appunto con la parola mutismo viene più che sufficientemente definito.

Da quanto sopra quindi risulta chiaramente che i disturbi funzionali del linguaggio comprendenti il mutismo, la sordità, il sordomutismo e le pseudoafasie debbono essere nettamente separati dai disturbi organici del linguaggio cui appartengono le varie forme di afasie.

Un altro gruppo dei disturbi della parola è formato dalle *disartrie* o rispettivamente *anartrie*, per le quali s'intende l'impossibilità di articolare le parole oppure l'articolazione difettosa della medesime. Questo disturbo è dovuto all'imperfetta funzione dei differenti muscoli dell'apparecchio verbo articolare periferico (lingua, labbra, velopalato, faringe, atti respiratorii), per conseguenza esso è d'indole puramente meccanica ed in ciò differisce potenzialmente dall'afasia motoria dove l'alterazione del linguaggio è a carico dell'apparecchio verbo articolare centrale: così mentre il disartrico ha l'immagine motrice perfetta delle parole ma le esprime in modo imperfetto, l'afasico potrebbe esprimere bene le parole se non ne avesse perduto l'immagine. Alcuni autori, come *Rouma* hanno cercato di dividere le disartrie in 2 forme, cioè in quelle funzionali ed organiche. A me pare tale divisione artificiosa, perchè in realtà nelle forme funzionali si osservano quasi tutte le forme di disartrie che sono state descritte anche nelle neurosi organiche, ad eccezione soltanto delle

disartrie (corticali) caratteristiche della demenza paralitica (trasposizioni presposizioni e posposizioni sillabari, impuntamenti iniziali, arresti bruschi alla metà del'a parola); sebbene *Bauman* e *Boedecker* affermino di aver osservato le disartrie suddette anche nell' isterismo.

È qui opportuno ricordare quali sono le principali forme cliniche sotto le quali si possono presentare i disturbi disartrici. Una lentezza eccessiva nell'articolazione della parola va col nome di *bradiartria* cui spesso si associa uno *scandimento* e *monatonia*. — Una rapidità esagerata nell'articolare le parole dà luogo ad un *agglutinamento;* oppure se il disturbo è più grave ad un *abburrattamento;* per modo che il linguaggio diventa quasi incomprensibile (*poltern* dei tedeschi, *bredouillement* dei francesi). Quando l'emissione delle parole viene interrotta da contrazioni della glottide più o meno sonore si ottiene un disturbo disartrico che va col nome di *parola saccadèe o intercisa* che si osserva spesso nei coreici ed anche negli stadi regressivi di mutismo; (*convulsus sermonis*) alcuni autori chiamano tale fenomeno «*lena affannata*» quale si presenta accingendosi a parlare dopo la corsa. Quando esiste una spiccata tendenza di parlare nell'inspirazione si ha una specie di *ventriloquia*. P. Marie e Meige classificano questi disturbi disartrici come varie forme di *dispneumie;* alcune delle quali sono assai frequenti ad osservarsi nella *balbuzie* (inspirazione troppo corta o troppo brusca, espirazione irregolare, inversione dei due tempi respiratorii, abbreviazione o prolungamento delle pause respiratorie ecc).

Si da il nome di *balbuzie* ad un disturbo disastrico a tipo intermittente caratterizzato da movimenti erronei dei muscoli articolatorii fonatorii e respiratorii che agiscono nel parlare. Le balbuzie si possono manifestare:

a) in forma di *arresto* subitaneo davanti ad una lettera o frase (esitazioni, impuntamenti iniziali, inceppamenti);

b) in forma di *ripetizione* delle sillaba, delle consanti e delle vocali (balbuzie a ripetizione, tartagliamenti);

c) in forma di rapida *esplosione* delle sillabi o delle parole.

Le tre forme in genere si combinano fra di loro, ma si possono asservare anche isolatamente. La prima forma di balbuzie (l'arresto subitaneo davanti ad una lettera o frase) non è da confondersi con un altro raro disturbo disartrico descritto sotto il nome di *aftongia* (*Fleury*) consistente in uno spasmo tonico (talvolta con vera contrattura) della lingua che insorge ogni qualvolta si fa un tentativo per parlare e rende inpossibile li linguaggio articolato.

Nelle balbuzie spesso si osservano disturbi fonatorii dell'intonazione che si riferiscono all'attacco iniziale delle vocali. Come vedremo meglio nella parte semeoiologica, si distinguono normalmente tre forme dell'attacco iniziale vocale, cioè quello *aspro*, *dolce* e *duro* (*gehauchter*, *weicher und harter Einsatz* dei tedeschi). Ora i balbuzienti si servono spesso di attacco rumoroso invece del dolce, non possono servirsi dell'attacco duro, oppure si servono eslusivamente di quest'ultimo ccc. Talvolta i balbuzienti introducono nel parlare delle vocali o sillabe intermedie (*emboli*) donde il neme di *embolofrasie*. Non di rado si riscontrano nei balbuzienti *elisioni* (omissioni di qualche consonante o sillaba) e *raddolcimenti* (attenuazione di qualche consonante aspra). Questi ultimi due disturbi appartengono ai cosidetti *difetti di pronunzia* o *disartrie litterali o isolate* (*Kussmaul*). La varietà più comune di quest'ultima forma è data dalla *aislalia (Kussmaul)* termine usato per caratterizzare il linguaggio dei bambini prima che essi abbiano imparato a pronunziare le parole in modo intelligibile.

La disartria litterale può consistere in una indistinta pronunzia di certe consonanti come *s* (*blesità*), *z* (*zetacismo*), *g* (*gammacismo*), *r* (*rotacismo*), *l* (*lambdacismo*) *d* e *t* (*deltacismo*), oppure si può evere la sostituzione di *g* e *ch* con *d* e *t* (*paragramacismo*), di *l* con *x*. *t*, *r*, *s* (*paralambdacismo*), di *r* con *v*, *l*, *ng* (*pararotacismo*), di *s* con *f*, *z* (*parasigmatismo*). Altre volte si osserva la sostituzione di alcune consonanti sonore (*b d g* e *v z*, *gi*) dalle corrispondenti mute (*p*, *t*, *k* e *f*, *s*, *sci*. La disartria litterale può inoltre consistere in una difettosa pronunzia di sinfoni, (*pl*, *pr*, *tl*, *fl*, *fr*; infine quando essa è molto grave e rende il linguaggio quasi incomprensibile viene chiamato col nome di *idioglossia* o *ottentotismo* (quando gli individui non sanno pronunciare che il *t*).

Quando le vocali e le consonanti vengono pronunciate col timbro nasale si parla allora di *rinolalia*, la quale se dovuta all'immobilità del velopendolo va col nome di *rinolalia aperta*, se dovuta alla contrattura del velopendolo o ad un'altro ostacolo nelle vie nasali porta il nome di *rinolalia chiusa*.

Infine è necessario di definire ancora un'altra categoria dei disturbi della favella chiamati col nome di *afonie o paralisi foniche* (*Türk*). Siffatto disturbo consiste in perdita della voce o per dir meglio delle fonazione (*Gowers*) e della coordinazione dei movimenti delle corde vocali; ed è un disturbo puramente fisico, che lascia all'individuo la piena possibilità di parlare con voce afona (*voce faringea, bisbigliamento*). Quando l'afonia poi è in-

completa si parla di *disfonia.* Fra i varii disturbi della voce parlata vogliamo ricordare la *voce stanca; la voce tremola (mogisfonie, Fraenkel), la vox interrupta.* Disturbi analoghi si hanno poi a carico della voce del comando militare e della voce cantata (disturbi dell'intonazione, diminuzione d'intensità, disturbi della durata, del timbro ecc). Conviene infine ricordare che sotto il nome di *afonia spastica o spasmo fonico laringeo (Schnitzer), disfonia spastica (Schech) o spasmo laringeo coordinato (Nothnagel)* si è descritta una condizione rara di spasmo funzionale, in cui questo è destato dal tentativo di parlare; dimodochè il soggetto non può parlare o parla dapprima con voce alterata che cessa poi con lo sforzo e ciò per l'accresciuto spasmo indotto dallo sforzo stesso.

Riassumendo quindi i disturbi funzionali della parola si possono raggruppare nella maniera seguente;

1) *mutismo, sordità, e sordomutismo;*

2) *pseudo afasia isterica;*

3) *disartrie (bradiartria, scandimento, monotonia, abburattamento, balbuzie, disartrie litterali;*

4) *disfonia ed afonia.*

Passo ora ad esporre i casi clinici che hanno formato oggetto del mio studio.

A) CASI DI MUTISMO:

a) osservazioni personali [fatte nel Neurocomio Militare di Villa Wurts, diretto dal prof. A. Tamburini; nella R. Clinica delle malattie nervose e nel Manicomio di S. M. della Pietà di Roma, diretto dal prof. G. MINGAZZINI]:

Osservazione I.

C. G. a. 23, soldato, meccanico, Nulla nel gentilizio. Eredità neuropatica negativa. Nega lues.

Il P. racconta che il 28 Settembre 1917 in seguito allo scoppio di granata fu gettato violentemente a terra e perdette la coscienza per una durata di 15 minuti. Al risveglio s'accorse di aver perduto completamente la favella. Fu ricoverato all''ospedale principale di Alessandria

dove all'esame obbiettivo gli fu riscontrata esagerazione dei riflessi tendinei e cutanei. La lingua non può essere sporta oltre l'arcata dentaria ed il P. non compie alcun movimento linguale. E' assolutamente mutolo e non emette neanche suoni inarticolati. I muscoli della lingua, della laringe e della faringe reagiscono normalmente alla corrente elettrica. Dal lato psichico si osserva facile emotività, permalosità eccessiva, variabilità dell'umore, pretenziosità, irregolarità del sonno. Durante la degenza si è osservato un'accesso convulsivo con i caratteri classici dell'attacco isterico. All'esame laringoscopico si osservano l'epiglottide, le corde false e vere accostate. Le corde vocali tanto nelle fasi di respiro che nella inazione si spostano dalla posizione estrema alla linea mediana. Eterizzato parlò perfettamente, ma fu colto poi da un accesso isterico gravissimo. Al risveglio cominciò ad emettere le vocali che dice tutt'ora, ma non in modo perfetto.

Status 20 Ottobre 1917 — Oculomozione normale. Nulla al VII. La lingua allo stato di riposo non è deviata, ma non può venir sporta oltre l'arcata dentaria.

Il P. non é capace di toccarsi colla punta della medesima l'ultimo dente; i movimenti di lateralità sono molto limitati, così pure il P. non può accartocciarla, nè metterla in punta.

L'apertura della bocca è completa; i movimenti passivi della mandibola non offrono resistenza.

L'ugola non è deviata, il velopendolo è mobile d'ambo i lati. Nessun disturbo della masticazione nè della deglutizione. Il P. non è capace di pronunziare alcuna parola, nè alcuna consonante, nè alcuna vocale eccetto la vocale « A » la quale viene pronunziata a voce afona. Tossisce con voce bassa. Esiste una lieve ipertrofia della tiroide. Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. Forza muscolare buona d'ambo i lati.

Riflessi — iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei pronti, uguali d'ambo i lati; alluci, plantari, faringeo mancano, corneali pronti.

Sensibilità — emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica sinistra. Analgesia sulla lingua. Batiestesia in ordine. Stereognosi normale.

Visus a destra: 1, a sinistra: 0,75. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto d'ambo i lati specie nel segmento nasale inferiore sinistro.

Udito, gusto ed olfatto diminuiti a sinistra.

Il P. eseguisce prontamente ogni comando. La lettura e la scrittura sono normali.

Esame psichico — Il P. ha una espressione della faccia indifferente, la mimica è vivace, la percezione è buona, l'attenzione vigile, l'affettività molteplice, facile emozionabilità con intensi fenomeni vasomotorii. In complesso si tratta di un soggetto fobico.

L'esame generale non fa rilevare nulla a carico del fegato, della milza e dei polmoni. Cuore nei limiti, polso 80 uguale ritmico a pressione media. L'esame laringoscopico ripetuto è uguale a quello già praticato (V. Anamnesi); è da aggiungere soltanto che nei tentativi di fonazione le corde vocali non si adducono (paralisi latente degli adduttori).

Status I. XI 17 — Il P. ha fatto 3 applicazioni alla Franklin sulla lingua e sulla faccia. Riesce durante la terza applicazione a pronunciare qualche parola monosillaba con voce bassa. I movimenti della lingua sono tutti possibili.

Status I. XII. 17 — Il mutismo e l'afonia sono stati sostituiti da balbuzie. Si procede ad un esame sistematico dell'apparecchio periferico della parola:

a) esame del respiro: Allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare si osserva che l'inspirazione nòn è rumorosa, ma è frequente, facendolo contare da 1 a 10 si nota che egli in genere per ogni numero fa una inspirazione. L'espirazione bisbigliata (vocale a) è diminuita di molto nella sua durata (7 - 5''), anche l'espirazione chiara (a voce bassa) è diminuita nella durata (8 - 10''). Le pause tra l' in- ed espirazione sono abbreviate.

b) esame della voce: la voce è bassa, il canto non è possibile. L'attacco iniziale è dolce, talvolta aspro, l'attacco duro viene eseguito imperfettamente ed il P, non se ne serve nel parlare.

c) esame dell'articolazione: Si notano balbuzie a ripetizione, non embolofrasie. Si notano varii movimenti associati della faccia (chiusura degli occhi, stiramento della bocca, della fronte, d'ambo i lati).

Il P. viene trasferito dall'ospedale Margherita al Neurocomio Militare di Villa Wurts dove alle cure elettroterapiche (franklinizzazione) viene aggiunta la cura della rieducazione del respiro.

Status 3 Marzo 1918 — Il P. è guarito dalle balbuzie e viene proposto per il centro di lavoro o colonie agricole, ritenendo opportuno per la costituzione isterica (fobica) del soggetto giudicarlo inabile ai servizi nella zona di operazioni. E' da notare che persiste invariata l' ipertrofia della tiroide.

Osservazione 2.

F. L. a. 27, contadino, soldato. Nulla nel gentilizio e nei collaterali; a 16 anni ebbe il tifo. Il 10 Ottobre 1916 al Monte Pasubio in seguito ad uno scoppio di granata ebbe perdita della favella. Fu ricoverato nell'ospedale principale di Alessandria, dove all'esame obbiettivo non fu riscontrato nulla di notevole nella motilità e nella sensibilità generale. Alll'esame laringoscopico si trovarono: epiglottide, corde false aritnoidi normali, corde vere lievemente iperemiche a bordi liberi, netti,

che tanto nella fase di respiro che nella inazione forzata, non si spostano dalla posizione estrema alla linea mediana. Afonia. Non spasmi respiratori. Fu fatta diagnosi di mutismo istero — traumatico.

Attualmente il P. si lamenta di confusione al capo, insonnia, cardiopalmo, parestesie cefaliche, senso di globo in gola, inappetenza ed insonnia.

Status 22 Ottobre 1917 — Oculomozione normale. Nulla al VII, non riesce però a fischiare. Nell'atto di chiudere gli occhi tremori palpebrali. La lingua allo stato di riposo non è deviata; non può essere sporta dalla bocca completamente (non oltre 1 cm all'infuori dell'arcata dentaria inferiore). Il P. riesce ad accartocciarla, ma in modo non completo, non riesce a metterla in punta; i movimenti di lateralità sono appena accennati. L'apertura della bocca è quasi completa, ma il P. si stanca facilmente e non può mantenere a lungo la bocca aperta. I movimenti passivi della mandibola non offrono resistenze abnormi. L'ugola non è deviata, il velopendolo mobile. Non esistono disturbi della masticazione, nè della deglutizione (eccetto il senso subiettivo di globo in gola.) Il P. nòn riesce a pronunziare alcuna parola nè emette alcun suono articolato, od inarticolato. Tossisce con voce bassa. Normali i movimenti attivi e passivi del collo: Arti superiori: A mani protese nell'atto di chi giura si notano tremori vibratori più accentuati a destra.

Normali i movimenti attivi e passivi. La forza muscolare è diminuita in tutti i segmenti dell'arto superiore di destra. Arti inferiori: ad arti sollevati si nota che l'arto di destra tenta ad abbassarsi prima del sinistro. Normali i movimentt attivi e passivi: la forza muscolare è un poco diminuita a destra.

Riflessi — Iridei pronti. Tendinei superiori, rotulei ed achillei presenti uguali d'ambo i lati; alluci plantari, addominali e cremasterici vivacissimi.

Sensibilità — Emipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica destra. Batiestesia in ordine. Romberg negativo.

Visus — 0,75 d'ambo i lati. Esiste discromatopsia per il rosso e il verde. Campo visivo ristretto prevalentemente dal lato temporale di destra. Udito, gusto ed olfatto diminuiti a destra.

Il P. eseguisce prontamente ogni comando. La lettura e la scrittura sono normali.

Esame psichico; Il P. è abitualmente depresso, apatico, la mimica è scarsa. É bene orientato rispetto il luogo, il tempo e le persone che lo circondano. La percezione è pronta, L'attenzione buona, la memoria è buona per i fatti antecedenti al trauma, è molto infedele per i fatti postraumatici. L' affettività è scarsa, si nota facile emozionabilità. I calcoli elementari sono eseguiti bene, (79 - 25 - 65,); quelli complicati vengono sbagliati (143 - 15 - 132). In complesso si tratta di un soggetto fobico.

Status 10 Novembre 1917 — Il P. è stato sottoposto ad applicazioni di statica sulla faccia e sulla lingua. Dopo le prime 2 applicazioni non parlava affatto. Dopo la 3. applicazione con voce *afona* riesce a pronunziare le vocali e qualche consonante ed alla fine anche le parole bisillabe come ma - re, ma - ma. La pronunzia delle consonanti d, t, g, e, l è impossibile.

Status 12 Novembre 1917 — Dopo la 4. applicazione riesce sempre con voce *afona* a dire qualche parola più difficile e plurisillaba, però alcune consonanti sono ancora pronunziate difettosamente così specialmente la «t» e la «d». Persiste la limitazione dei movimenti della lingua. È scomparsa l'astenia degli arti di destra.

Status 20 Novembre 1917 — Persiste afonia e parola scandita. La pronunzia delle consonanti é perfetta l'inspirazione é frequente, l'espirazione abbreviata.

Status 3 Febbraio 1918 — Il P. è meno afono, ma ancora non è ristabilita la coordinazione fra il respiro e la parola. È scomparsa la limitazione dei movimenti della lingua e della bocca. Passa dall'ospedale Regina Margherita a Villa Wurts ove continua la cura psico - ed elettroterapica (faradizzazioni della laringe e del collo).

Status 3 Maggio 1918. Il P. viene trasferito all'altro centro neurologico. All'uscita parla con voce abbastanza chiara ma non collega bene ed ha preso l'abitudine di scandire le parole, ciò che dipende soprattutto dal fatto che l'espirazione è troppo breve, donde necessita di servirsi di frequenti inspirazioni (una inspirazione per una o due sillabe).

OSSERVAZIONE 3.

M. G. a. 23, soldato, contadino. Un'anno fa ha contratto la lues che ha curato con iniezioni di calomelano. Non è bevitore. Non ha avuto mai malattie nervose. Nel 1915 sul fronte dell'Isonzo ha riportato una ferita lacero-contusa alla regione frontale sinistra per una scheggia di uno shrapnell che gli scoppiò in vicinanza. Ebbe perdita di coscienza di durata imprecisabile. Riacquistati i sensi s'accorse di non poter emettere alcun suono, mentre udiva bene tutto. La ferita guarì in una diecina di giorni e fu di lieve entità. Il mutismo rimase sempre invariato e per tale fatto venne inviato al neurocomio di Villa Wurts.

Status 13 Aprile 1918. — Oculomozione normale. Non segno di Graefe. Il facciale superiore è integro. Non segno di Chvostek. Il P. non riesce a fischiare nè dare baci; riesce bene a stirare gli angoli labiali d'ambo i lati. Egli non è capace di mostrare la lingua ed in questi tentativi si nota come la lingua si ritira e forma un escavazione nel movimento della bocca. La lingua anche allo stato di riposo è retratta. Cercando passivamente di tirare la lingua fuori dalla cavità boccale si incontra una resistenza fortissima che non si riesce a vincere. Invitato

il P. a toccarsi con la punta della lingua l'ultimo dente esegue incompletamente tale movimento d'ambo i lati, nei tentativi di rovesciarla all' indietro si osserva come egli dapprima la ritira all' indietro e soltanto dopo parecchi tentativi esegue incompletamente il movimento. Non è capace di mettere la lingua in punta. Durante tutte queste manovre si notano delle sincinesie de parte dei muscoli della faccia e del capo: così p. es. il P. stira gli angoli labiali, chiude la bocca, stende il capo ecc. l'apertura della bocca si compie con lentezza ed è incompleta. I movimenti passivi della mandibola offrono una resistenza superiore alla norma che si riesce a vincere quasi completamente. L'ugola ed il velopendolo sono mobili. Il P. trova difficoltà nella ingestione dei cibi solidi specialmente nel farli girare da una parte all' altra e quindi li trasforma in semisolidi prima di ingoiarli; i liquidi passano senza difficoltà. Il P. non riesce a pronunziare alcuna parola. Con grande difficoltà, con la manovra della compressione del laringe e con speciale richiamo sulla coordinazione dei movimenti respiratorii e fonatorii egli riesce talvolta a produrre un rumore fioco, afono in cui non si riesce a distinguere le singole vocali che gli si comanda di ripetere. Tossisce con voce afona. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. Dinamometria a D — 15. a S — 20.

Riflessi: iridei pronti. tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivaci, alluci plantari, addominali e cremasterici vivacissimi, mandibolari vivi, corneali presenti, faringeo presente. Dermografismo pronto e persistente. Sensibilità: emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica destra, batiestesia, bariestesia e stereognosi normale. Ipoalgesia spiccata sulla lingua e sulla mucosa boccale. Visus a D — 3|4, a S — 1. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto specialmente nella metà temporale destra. Udito, gusto ed olfatto diminuiti a destra.

Il P. esegue prontamente tutti i comandi: Lettura e scrittura perfette.

Esame psichico: espressione della faccia indifferente, la mimica è molto vivace ed espressiva. È orientato bene rispetto al tempo, al luogo ed alle persone che lo circondano. L'attenzione è buona, la percezione pronta. Temperamento vivace, umore piuttosto gaio. Il P. ha la coscienza del suo stato morboso ed esprime un vivo desiderio di guarire presto. Sentimenti familiari non molto forti. Facile emozionabilità con vampe al viso e sudori profusi. La memoria è fedele, eccetto per i fatti consecutivi al trauma. In complesso si tratta di un soggetto fobico.

Polso 76, uguale, ritmico a pressione media. Riflesso oculo-cardiaco negativo.

Esame laringoscopico: (Prof. Mancioli), Durante i movimenti respiratorii le corde vocali restano fortemente abdotte (spasmo degli abduttori). Iperestesia del vestibolo e del laringe. *Status 13. V. 18.*

Al suo ingresso non pronunziava alcuna parola e fino a 5 giorni ta è stata difficile perfino la rieducazione degli atti respiratorii, per quanto si fossero usati la franclinizzazione, la faradizzazione lieve ed energica, la elettrizzazione endolaringea, il gargarismo, la provocazione del vomito. Attualmente il P. riesce a compiere i movimenti di espirazione e di respirazione e durante questi movimenti premendo piuttosto energicamente sul laringe all'esterno si riesce a fargli pronunziare a voce afona, talvolta più chiara le vocali *i* ed *u*: *a*, *e*, *o*, sono ripetute meno chiare e con voce afona. La prova riesce sempre faticosa quasi estenuante per il P. e durante essa diventa congesto.

Status 25 V. 18. Il P. riesce a pronunziare con voce afona qualche monosillaba come ba, pa, da, ta ecc. I movimenti respiratorii sono sempre difficili, incoordinati ed irregolari. La grafica del respiro infatt rileva: (v. pneumogramma Tavola I).

a) allo stato di riposo: d-d qualche fugace aritmia consistente in una inspirazione superficiale od espirazione abbreviata con delle pause respiratorie un po' irregolari talvolta brevi talvolta un po' più lunghe Frequenza 20 respiri al m'.

b) nel pronunziare le sillabe pa — da (a-a-a): si nota nel *primo tentativo* che l'inspirazione viene fatta in 2 tempi; alla prima inspirazione ne segue un'altra di brevissima durata poi segue una rapida espirazione e quasi senza la pausa respiratoria un'altra inspirazione superficiale cui segue un'espirazione altrettanto breve, indi senza pausa respiratoria un'altra inspirazione molto più profonda di tutte le altre con successiva espirazione rapida interrotta un po' verso la fine. Nel secondo tentativo si nota una prima inspirazione molto superficiale dalla quale si passa subito ad una inspirazione molto profonda con rapida espirazione successiva; seguono altre respirazioni un po' irregolari. Infine nel terzo tentativo si nota una profonda inspirazione fatta in 2 tempi ciò che equivale a 2 inspirazioni senza pausa respiratoria con una successiva rapida espirazione; seguono altre 6-7 inspirazioni superficiali con delle pause respiratorie irregolari.

c) nello sforzo infruttuoso di pronunziare il proprio nome: (b.-c) si osservano dapprima le stesse frequenti inspirazioni irregolari più o meno superficiali, con espirazione interrotta, incompleta; successivamente l'inspirazione raggiunge il suo acme, questa profonda inspirazione viene seguita da una brevissima espirazione poi da un'altra inspirazione infine da un'espirazione profonda. Infine il P. fa qualche in — ed espirazione irregolare, una inspirazione un po' più profonda e poi cerca di parlare quasi senza respirare (senza aria nei polmoni), riprendendo poi l'abituale ritmo respiratorio superficiale ed irregolare.

Status 3 Agosto 1918. Il P. incomincia a pronunziare con voce chiara e scandendo, parole oligosillabi. I disturbi respiratorii si sono attenuati; notasi sempre però un respiro affrettato e superficiale.

Esce con 3 mesi di licenza di convalescenza.

OSSERVAZIONE 4.

R. G., a. 25, soldato, contadino. Nega lues, non bevitore. Nulla nel gentilizio. Il giorno 14 Novembre 1917 mentre stava in trincea gli scoppiò un proiettile vicino, ebbe una forte emozione e perdette dì colpo la parola. Dalla cartella clinica risulta che egli comprendeva in primo tempo ogni domanda a lui rivolta, era bene orientato nello spazio e nel tempo, non poteva tirar fuori la lingua oltre l'arcata dentaria.

Status — 5 Gennaio 1918. Oculomozione normale. Rosenbach positivo. Nulla al VII. La lingua non può essere protrusa completamente e sporta dalla bocca, non oltrepassa il labbro inferiore; é agitata da tremori diffusi e grossolani. Il P. è incapace di accartocciarla e di metterla in punta. I movimenti di lateralità di essa sono possibili ma molto limitati. L'apertura della bocca è quasi completa, i movimenti passivi della mandibola non offrono resistenze abnormi. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Non esistono disturbi della masticazione nè della deglutizione, però il P. asserisce che talvolta gli rimangono i residui dei cibi solidi sul palato e nella cavità orale, specialmente tra l'arcata dentaria superiore e le guance e che egli è incapace di spazzarli via colla lingua ed è costretto a bere dell'acqua. All'esame dell'apparecchio periferico della parola si nota:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare si osserva che l'inspirazione non è rumorosa, ma è frequente. Facendolo contare da 1 a 20 egli eseguisce circa 9 inspirazioni, talvolta per ogni numero una inspirazione. L'espirazione bisbigliata (vocale a) è diminuita nella sua durata (5-7''), anche l'espirazione a voce chiara (voce un pò bassa) dura soltanto 13-14 m''. Le pause tra l'in-ed espirazione sono abbreviate, irregolari.

b) esame della voce: la voce è un po' bassa, talvolta rauca, il canto non è possibile. L'attacco iniziale è dolce, esegue bene l'attacco aspro; talvolta all'attacco dolce sostituisce il duro. (nelle balbuzie).

c) esame dell'articolazione: si nota una bradiartria; la parola è lenta, scandita, di tanto in tanto il P. balbetta (impuntamenti iniziali ed inceppamenti). Durante le balbuzie si notano scarsi movimenti associati limitati al solo capo. Non embolofrasie. Infine si osserva una disartria litterale con diffettosa pronunzia delle lettere d, t, (deltacismo), che ha un timbro nasale. (nasonnement).

Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. A mani protese nell'atto di chi giura lievi tremori a fine osciliazioni.

Riflessi: iridei pronti, rotulei ed achillei vivaci, tendinei superiori scarsi d'ambo i lati. Addominali e cremasterici vivaci, corneali e congiuntivali deboli, faringeo idem.

Sensibilità: emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica destra. Batiestesia e stereognosi normale.

Visus a S — 1, a d — 0,75 Discromatopsia per il verde e per il bleu. Campo visivo ristretto concentricamente a destra.

Udito. Gusto ed Olfatto diminuiti a destra.

Il P. esegue prontamente ogni comando. La lettura e la scrittura sono normali.

Esame psichico: il P. è bene orientato rispetto il luogo, il tempo e le persone che lo circondano. La percezione è pronta, l'attenzione è buona. La memoria è fedele per i fatti antichi e per quelli recenti. L'espressione del volto é piuttosto vivace e non presenta segni di depressione; la mimica è vivace ed espressiva. L'affettività è normale, facile emozionabilità. In complesso si tratta di un soggetto fobico.

Status — 1. Febbraio 1918. Il P. ha fatto applicazioni faradiche sul collo e sulla lingua. Pronunzia bene tutte le consonanti eccetto l'R, persistono gli altri disturbi del respiro, della voce e dell'articolazione. Esce con 3 mesi di licenza di convalescenza.

Osservazione 5.

B. G. a. 22, soldato, contadino. Nega lues, un fratello è nervoso. Il P. non ha mai sofferto disturbi nervosi. Il 22 Maggio 1917 sul Carso, gli scoppiò in vicinanza una granata le cui scheggie lo ferirono alla regione zigomatica destra con ferita trasfossa della guancia e della lingua sul bordo esterno di destra alla metá circa di essa. Il proiettile rimase infisso nel pavimento boccale. Il P. riportò una forte emozione e perdette i sensi (non sa precisare per quanto tempo); riacquistò la coscienza e si accorse di non poter parlare affatto. Inoltre subito dopo ferito il P. ha incominciato a notare confusione al capo con amnesia retrograda per i fatti immediatamente preceduti al trauma (il P. fu colpito dalla granata mentre dormiva): ha notato infine cardiopalmo, peso all'epigastrio dopo i pasti, debolezza agli arti inferiori, insonnia, inappetenza e tremori alle mani.

Status — 14 Giugno 1918. Oculomozione normale. Non Graefe. Nell'atto di chiudere gli occhi tremori palpebrali. Nulla al VII. però il P. non è capace di fischiare. Non Chwoteck. La lingua sul suo margine esterno di destra presenta una cicatrice irregolare con il labbro posteriore molto ingrossato e sporgente in forma e di grandezza di un fagiuolo del diametro di circa 2 cm. Allo stato di riposo si notano tremori diffusi della lingua, non deviazioni. La lingua non può essere sporta completamente dalla bocca. I movimenti passivi della lingua sono tutti possibili e completi, soltanto il movimento di protrusione è un po' incompleto ed offre una resistenza a causa del dolore che esso

suscita in corrispondenza della cicatrice. I movimenti attivi di lateralità sono quasi aboliti, invece il P. è in grado di rovesciare la lingua indietro e di accartocciarla. L'apertura della bocca è completa. L'ugola devia verso destra. Invitato il P. a pronunziare la vocale *a* si nota che in questo tentativo egli non solleva i velipalatini, ma invece li abbassa, essi peraltro si muovono bene d'ambo i lati. Non esistono disturbi della masticazione nè della deglutizione. Il P. non è in grado di emettere alcun suono articolato nè inarticolato. Tossisce con voce afona. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: — Iridei pronti, tendinei superiori, rotulei ed achillei presenti, alluci plantari vivacissimi; gli addominali i cremasterici, gli adduttori deboli; corneali e congiuntivali presenti, faringeo assente, mandibolare scarso d'ambo i lati. Dermografismo tardivo ma persistente. La sensibilità tattile, termica, dolorifica e pallestesica è normale, eccetto una ipoalgesia lieve sulla metá destra della lingua.

Visus: — 0,60 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo leggermente ristretto concentricamente a destra. Udito ed olfatto normale d'ambo i lati. — Gusto: ipogeusia destra. Il P. esegue prontamente ogni comando, la lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: L'espressione del volto è depressa, la mimica molto vivace, la percezione lenta, l'attenzione labile. L'affettività spiccata, facile emozionabilità. É bene orientato rispetto il luogo, il tempo e le persone che lo circondano. La memoria è perduta per i fatti immediatamente susseguenti al trauma. In complesso si tratta di un soggetto fobico. Polso 72, uguale ritmico a pressione media. Esame laringoscopico: paralisi dei tensori delle corde vocali e del vestibolo. Esame elettrico: sulla lingua nessuna alterazione di eccitabilità galvano - faradica.

Status. — *1. Luglio 1918*. Il P. entra nel Nevrocomio completamente muto colla respirazione superficiale talvolta intercisa. Dòpo cinque giorni di cura ha riacquistato quasi completamente il ritmo respiratorio, ma ancora non riesce a coordinare la respirazione con i movimenti della parola. Fino ad oggi nel pronunziare le vocali sbagliava il movimento nel senso che pronunziava in ispirazione anzichè durante l'espirazione. Riesce attualmente a pronunziare parole polisillabe a voce afona. L'esame dell'apparecchio periferico del linguaggio dà i seguenti risultati:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare si osserva che l'inspirazione non è rumorosa, ma è frequente. Facendolo contare da 1 a 10 egli esegue circa 9 inspirazioni. L'espirazione bisbigliata (vocale a) è diminuita nella sua durata. (4 - 6). Le pause tra l'in - ed espirazione sono abbreviate, irregolari.

b) esame della voce: la voce è afona.

c) esame dell'articolazione: la parola è alquanto lenta. Si notano

disartrie litterali. Specialmente diffettosa è la pronuncia delle consonanti b, p, k, g (gammacismo).

I movimenti della lingua e delle labbra sono tutti completi.

Status: — *15 Luglio 1918*. Sono scomparse le disartrie. Persistono l'afonia e disturbi respiratorii (respiro superficiale).

OSSERVAZIONE 6.

G. N. a. 29, soldato, contadino. Nega lues, nulla nel gentilizio. È stato alla fronte dal principio della guerra, più volte ammalato, mai ferito. Durante la licenza invernale, 5 giorni prima di tornare alla fronte e precisamente il giorno 22 Marzo 1918 mentre stava con la moglie e con i figli avanti al focolare, cominciò a ruminare dentro la sua testa pensieri commoventi riguardanti sopratutto i suoi bambini; ad un tratto scoppiò in un pianto dirotto per circa 10 minuti, poi sentì come un battito alla regione frontale, un grave stringimento alla gola e perdette la favella.

Status — *16 Aprile 1918*. Oculomozione normale. Non Graefe. Nulla al VII; a d. vi è accenno al Chvostek. La lingua può essere protrusa quasi al completo. I movimenti attivi della lingua sono tutti possibili e completi, i movimenti passivi anche essi tutti possibili e completi e non offrono resistenze abnormi. L'apertura della bocca è completa. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Nessun disturbo della masticazione, nè della deglutizione. Il P. non è capace di emettere alcun suono articolato. Tossisce con voce rauca. Normali i movimenti del capo, degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: — Le pupille uguali, bene reagenti alla luce ed all'accomodazione; riflessi tendinei superiori presenti, vivaci i rotulei, achillei alluci plantari; vivacissimi gli addominali e cremasterici, corneali presenti, faringeo pronto. Dermografismo tardivo e persistente. Sensibilità: Emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica a d. Analgesia completa sulla lingua. Batiestesia e stereognosi in ordine.

Visus: S — 1, D — 0,75: Non discromatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente a d. Udito, Olfatto e gusto diminuiti a d. Il P. eseguisce bene ogni comando; non manifesta disturbi della lettura nè della scrittura. Esame psichico: L'espressione del volto è piuttosto allegra, la mimica vivace ed abbondante, la percezione è pronta: l'attenzione labile; il soggetto è bene orientato rispetto il tempo, il luogo e le persone che lo circondano. La memoria è fedele, la volontà è discreta, facile impressionabilità ed emotività: manifesta vivo desiderio di guarire. Polso 80 uguale, ritmico a pressione media. Esame laringoscopico: negativo.

Status: — *13 Maggio 1918*. Al suo ingresso alla Villa Wurts non parlava affatto. Si iniziò la cura colla rieducazione del respiro e dopo circa 10 giorni cominciò a dire a voce abbastanza chiara le vocali. I progressi furono rapidi e confortevoli ed attualmente parla abbastanza bene, sebbene con voce alquanto nasale. Non è ancora perfetta la coordinazione tra la parola ed il respiro (rinolalia aperta, inspirazione frequente, espirazione breve ed irregolare).

Status: — *10 Maggio 1918*. Esce guarito completamente.

OSSERVAZIONE 7.

V. G. a. 32. soldato, possidente. Nell'agosto 1917 in seguito a scoppio di granata (sul Carso) rimase completamente sepolto sotto le macerie per un tempo che non sa precisare. Riportò delle ferite al vertice ed alla guancia destra e perdette la parola. Notò inoltre contusioni al capo e paresi al braccio sinistro. Fu sottoposto varie volte alla narcosi eterea la quale giovò soltanto alla monoparesi brachiale, che scomparve, ma non ebbe alcuna influenza sul mutismo.

Status: — *16 Aprile 1918*. Oculomozione normale. Non Graefe. Chvostek presente. Nell'atto di chiudere gli occhi tremori palpebrali. Nulla al VII, però il P non può fischiare. La lingua viene sporta dalla bocca in modo incompleto, oltrepassa di poco il margine del labbro inferiore, è agitata da tremori grossolani: tutti gli altri movimenti della lingua sono molto limitati, egli non è capace di rovesciarla all'indietro, nè di accartocciarla, nè metterla in punta, nè di toccarsi l'ultimo dente colla punta della medesima. I movimenti passivi della lingua non offrono resistenze abnormi. L'apertura della bocca è quasi completa. Non esistono disturbi della deglutizione, nè della masticazione. Il P. non è capace di emettere alcun suono articolato, nè inarticolato. Tossisce con voce afona. I movimenti attivi e passivi del capo sono tutti possibili e completi, eccetto quello all'indietro che è un po' incompleto a causa del dolore che provoca. Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori. *Riflessi:* — Iridei pronti, tendinei superiori pronti, rotulei ed achillei vivaci d'ambo i lati. Addominali e cremasterici vivaci, corneali presenti, faringeo e palatini pronti. Dermografismo un po' tardivo ma persistente. *Sensibilità*. Esiste emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica a sinistra. Batiestesia in ordine, stereognosi idem. Visus — 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente a S. Udito: — Orologio e fischietto di Galton meglio percepiti a d. Rinne normale d'ambo i lati. Weber lateralizzato a d. Gusto ed olfatto diminuiti a s. Il P. eseguisce prontamente tutti i comandi, non esiste nessun disturbo della lettura, nè della scrittura. Non disprassia. Esame psichico. Il P. è piut-

tosto apatico, ha un atteggiamento tranquillo, la mimica è molto scarsa. Egli è molto bene orientato rispetto al luogo, al tempo ed alle persone che lo circondano. Emozionabilità ed affettività scarse. È facilmente suggestionabile, esagera facilmente il suo male ed ha la profonda convinzione di non poter mai guarire. In complesso si tratta di un soggetto fobico con idee ipocondriache. Polso 72 uguale, ritmico a pressione media. Esame laringoscopico: negativo.

Status: — *26 Aprile 1918*. All'inizio della cura della rieducazione del respiro il P. non era capace di imitare i movimenti respiratori che il medico faceva, (mancanza assoluta dell'impulso di parlare). Solo dopo una settimana cominciò a comprendere che doveva respirare con l'addome. In tutto questo tempo per quanto si insistesse in lunghe sedute, anzichè fare dei movimenti di inspirazione, in modo disordinato e con ritmo progressivamente crescente fino a congestionarsi si sforzava di fare dei movimenti di espirazione. Solo con l'aiuto delle faradizzazioni esterne, colla lieve faradizzazione endo-faringea e dopo aver provocato ripetutamente il vomito cominciò a compiere i primi movimenti regolari in in-ed espirazione.

Status: — *3 maggio 1918*. Il P. comincia nella espirazione a dire con voce afona *a*. Fino a quest'epoca le prove gli riuscivano penosissime, si scoraggiava, tendeva al pianto. La prima volta che pronunziò *A* fu per lui una rivelazione: da quel momento si sottopose con più pazienza e sopratutto con maggiore fiducia alle cure accresciute dal fatto che le medesime cure sui vari compagni affetti dallo stesso suo disturbo avevano apportato effetti favorevolissimi.

Status: – *13 Maggio 1918*. Riuscirebbe già a dire a voce chiara i monosillabi ba be bi bu se i movimenti respiratori fossero coordinati. il respiro è frequente, l'espirazione bisbigliata e chiara (vocale a) è brevissima. L'espirazione non è ancora regolare.

Status 20 Maggio 1918. Riesce a dire a voce alta parole bisillabe. L'espirazione non è ancora regolare: Viene trasferito in un altro Centro Neurologico.

Osservazione 8.

C. G. a. 29. soldato, elettricista. Padre morto in ancora giovane età di polmonite, madre morta di meningite. Null'altro di notevole nell'anamnesi familiare. Non è stato mai nervoso. Chiamato alle armi per mobilitazione nel Novembre 1915 dopo breve periodo d'istruzione fu mandato in zona di guerra. Il 28 Marzo 1917 per scoppio di granata rimase sepolto sotto le macerie, fu estratto dopo alcune ore con leggiere lesioni superficiali esterne. Ebbe perdita di coscienza. Le ferite guarirono rapidamente, ma dall'epoca del trauma il soggetto non ha

potuto più parlare. Fu per 2 volte sottoposto al metodo psico-emotivo ipnotico eterizzante con risultato negativo.

Status: — *15 Luglio 1918* — Oculomozione normale. Non Graefe. Nulla al VII, notasi però che il P. non può fischiare, nè dare baci. Non Chvostek. La lingua non può essere sporta dalla bocca ed è pochissimo mobile in tutte le direzioni. I movimenti passivi della lingua offrono una resistenza che si riesce a vincere soltanto in parte. L'apertura della bocca é incompleta. I movimenti passivi della mandibola offrono un'aumento di resistenza. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Non esistono disturbi della deglutizione nè della masticazione. Il P. è quasi completamente muto e soltanto talvolta con la manovra respiratoria (compressione del laringe) regolando con energia i movimenti respiratorii si riesce a farlo pronunziare a voce afona le vocali *a*, *e*, *o*. Si nota che mentre il P. pronunzia le dette vocali il velopendolo rimane immobile e che il P. esegue svariati movimenti sincicinetici di chiusura ed apertura della bocca. Tossisce con voce afona. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei pronti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivacissimi. Faringeo presente. Corneali idem. Dermografismo tardivo e persistente. Sensibilità tattile, termica, dolorifica e pallestesica normale. Visus — 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente d'ambo i lati. Udito, gusto ed olfatto normali. Il P. esegue prontamente ogni comando. La lettura e la scrittura è perfetta. Esame psichico. Si nota una forte depressione, il P. tiene un contegno calmo, la mimica non è molto vivace, non manifesta desiderii molto intensi, l'attenzione è buona; la percezione un po' lenta, la memoria bene conservata eccetto che per i fatti consecutivi al trauma; si notano facile impressionabilità ed emotività con idee a colorito ipocondriaco. In complesso si tratta di un fobico. Polso 72 uguale, ritmico, a pressione media. La compressione dei bulbi oculari non dà luogo ad apprezzabili differenze del polso. L'esame laringoscopico è negativo per ciò che riguarda la sensibilità e la motilità, notasi però che nei tentativi di fonazione le corde vocali non si adducono (paralisi latente degli adduttori).

Status: — *16 Agosto 1918*. Condizioni invariate. Il P. viene trasferito in un altro centro Neurologico.

OSSERVAZIONE 9.

B. E. a. 21. soldato, contadino.

Ereditarietà neuropatica negativa. All'età di 3 anni ha sofferto di eclampsia e più tardi (a 5 anni) crisi nervose di carattere non bene precisabile. É stato sempre balbuziente. Fu chiamato alle armi nel Set-

tembre 1916. Nell' Ottobre 1916 in seguito a caduta da cavallo la balbuzie si accentuò fino al punto che il P. non potè più parlare e divenne completamente muto.

Attualmente è ancora balbuziente.

Status 28 - VI - 17. Oculomozione normale. Non Graefe, nè Chvostek. Nulla al VII. I movimenti della lingua sono tutti possibili, ed accompagnati da sincinesie dei muscoli della faccia e del collo. I movimenti passivi della lingua sono tutti possibili e completi. L'apertura della bocca è leggermente limitata. I movimenti passivi della mandibola offrono una resistenza un pò aumentata. L'ugola devia verso sinistra, il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione nè della masticazione. L'esame dell'apparecchio periferico della parola dà i seguenti risultati:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare si osserva che l' ispirazione non è rumorosa, ma è frequente: l'espirazione invece è talvolta rumorosa e forzata a causa della pressione esagerata nel laringe. Facendo contare il P. da 1 a 28 si nota che egli esegue circa 7 ispirazioni (talvolta per ogni numero una inspirazione). L'espirazione bisbigliata (vocale *a*) dura 8 - 10", quella chiara 10 - 12". È da notare che nel parlare l'espirazione talvolta subisce un brusco arresto. Le pause tra l'in - ed espirazione sono abbreviate. Nel parlare il respiro è nasale.

b) esame della voce: il canto va bene e si effettua senza balbuzie. I tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene. Il P. si serve a prevalenza dell'attacco duro, l'attacco dolce viene sostituito dall'attacco aspro.

c) esame dell'articolazione: si notano balbuzie accentuate in forma d' impuntamenti iniziali, inceppamenti e rapida esplosione delle parole. Si notano pure embolofrasie ed elisioni. Mentre il P. parla si osservano numerosi movimenti associati della faccia, del capo, del tronco e degli arti superiori ed inferiori.

Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori; a mani protese nell'atto di chi giura lievi tremori vibratorii.

Riflessi: iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei pronti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci. Corneali e congiuntivali deboli a sinistra, pronti a destra, faringeo pronto, auricolari pronti. Dermografismo non molto pronto, ma persistente. Sensibilità: emipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica destra, sulla lingua e sulla mucosa boccale la sensibilità dolorifica è normale. Visus — 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo fortemente ristretto d'ambo i lati. Udito, gusto ed olfatto normali. Il P. esegue ogni comando. La lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: espressione della faccia piuttosto depressa, la mimica non è molto vivace. Il P. è bene orientato rispetto al luògo, al tempo ed alle persone che lo circondano. La percezione è buona, l'attenzione vigile. Facile emozionabilità e suggestionabità. La memoria è fedele. Non manifesta dei desiderii molto intensi. In com-

plesso si tratta di un soggetto fobico. Polso 100 uguale, ritmico, a pressione media. Dopo la compressione dei bulbi oculari scende a 96. Esame laringoscopico: nulla di notevole eccetto i movimenti coreici delle corde vocali nei tentativi di fonazione.

Status 3 VIII 18 Le balbuzie sono diminuite. Essendo già dapprima balbuziente il P. può ritenersi guarito.

Osservazione 10.

C. V., a. 20, soldato, bracciante. Nega lues, non beve. Non ha mai sofferti disturbi nervosi. Da giovane era balbuziente. Nel Maggio 1917 in seguito ad uno scoppio di granata sul Trentino rimase sepolto sotto il terriccio fino al collo e perdette immediatamente la favella, senza perdere la coscienza. Nel Giugno 1917 fu sottoposto alla narcosi eterea senza giovamento.

Status 26 Marzo 1918 — Oculomozione normale. Non Graefe. Nulla al VII. però il P. non può fischiare nè dare baci, non Chvostek. La lingua non è deviata, può essere protrusa completamente ed è bene mobile in tutte le direzioni. L'apertura della bocca è completa. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della masticazione, nè della deglutizione. Il P. non è capace di pronunziare alcun suono articolato, nè inarticolato. Tossisce con voce afona.

Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. A mani protese nell'atto di chi giura lievi tremori vibratorii a rapide scosse.

Riflessi iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivaci, alluci plantari, addominali e cremasterici vivacissimi, corneali presenti, faringeo presente. Dermografismo pronto e persistente.

Sensibilità; tattile, termica, dolorifica e pallestesica diminuita su tutto il corpo uniformemente.

Batiestesia e stereognosi in ordine. Visus — 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto d'ambo i lati concentricamente, molto più a sinistra. Udito, olfatto e gusto bene conservati d'ambo i lati. Il P. comprende tutte le domande ed esegue tutti i comandi. La lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: comportamento normale, la mimica è molto vivace, è bene orientato rispetto al tempo, al luogo e le persone che lo circondano. La percezione è pronta, labile l'attenzione, la memoria fedele, i calcoli bene eseguiti; l'emotività esagerata, non manifesta desiderii molto intensi. Tendenza alle idee ipocondriache. In complesso trattasi di un fobico. Polso 68 uguale, ritmico a pressione media. Non si modifica con la compressione dei globi oculari. *Status I. IV. 1918* — All'inizio della cura non parlava affatto e per alcuni giorni si dovette procedere alla rieducazione del respiro.

Contemporaneamente al ritmo respiratorio cominciò a ripetere a voce comprensibile e non afona, tutte le vocali.

Status 5 IV. 18 — Comincia a dire qualche parola balbettando.

Si procede ad un esame sistematico dell'apparecchio periferico della parola:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare notasi che l'espirazione è alquanto rumorosa e forzata; ciò che è dovuto ad una pressione esagerata dell'aria nel laringe. L' inspirazione non è rumorosa ma è frequente; notasi pure che il P. nell'ispirare aspira uua scarsa quantità di aria. Facendo contare il P. da 1 a 10 si registrano 4 ispirazioni (talvolta per ogni numero una inspirazione). L'espirazione bisbigliata (vocale a) dura pochissimo (4 - 5''), quella chiara circa il doppio (9 - 10''). Le pause fra l' in- ed espirazione son brevi, talvolta mancano.

b) esame della voce: la voce è chiara, qualche sillaba viene pronunziata a voce afona. I tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene. Il P. si serve a prevalerenza dell'attacco duro e aspro, non di quello dolce.

c) esame dell'articolazione: si notano gravi balbuzie a forma di esitazioni ed impuntamenti iniziali, inceppamenti e rapida esplosione delle sillabe, numerosi movimenti associati del capo e degli arti superiori.

Si notano inoltre un evidente scandimento e disartrie litterali; specialmente difettosa è la pronunzia di *g* e *k* (gammacismo) le quali vengono pronunziate dure cioè *ghi* e *khi*. Tutto ciò rende il linguaggio del P. spesso poco comprensibile (abburrattamento), dovuto in gran parte al fatto che il P. cerca di parlare presto. Nel cantare si osserva invece che le balbuzie scompaiono e le parole vengono pronunziate meglio.

Esame laringoscopico (Prof. Mancioli): durante l'esame si notano le corde vocali oscillare ampiamente (movimenti coreiformi). Nulla a carico della motilità delle corde vocali. La sensibilità del vestibolo e del laringe è normale.

Status 3 V. 18 — Pronunzia bene le consonanti compreso g e k. Concentrando l'attenzione del P. egli riesce a seguire compitando quanto il medico gli suggerisce di ripetere ad alta voce. Lasciato alla sua iniziativa in parte perchè si commuove in parte per disattenzione passa da un balbettamento ad un abburrattamento di parole. Si nota però che anche durante questo disordine del parlare messo in attenti e richiamato energicamente riesce a meglio coordinare il discorso, pur balbettando lievemente.

Le balbuzie si manifestano nella forma già descritta; vi si aggiunge qualche embolofrasia semplice. L'espirazione è sempre abbreviata. Nel cantare la balbuzie scomparisce. *I. Giugno 1918*. Viene trasferito in un altro Centro neurologico. Esce balbuziente, ma può dirsi guarito perchè affetto da balbuzie abituale.

OSSERVAZIONE II.

R. G. anni 22, soldato, molinaro, da Aquila.

Gentilizio negativo, nega lues, non bevitore. Nessuna malattia notevole nell' infanzia e prima di essere richiamato alle armi. Non è stato mai nervoso. Fa comprendere coi gesti di essere stato spaventato nella ritirata di Caporetto (Ottobre 1917) per lo scoppio di una granata. Non ha avuto perdita di coscienza. L'emozione subita gli ha fatto perdere l'uso della parola.

Status 3 Maggio 1918 — Oculomozione normale. Non segno di Graefe. Nell'atto di chiudere gli occhi tremori palpebrali. Nulla al VII. Non Chvostek. La lingua quando è sporta dalla bocca devia leggermente verso destra e non può essere protrusa completamente. Nel tirare la lingua fuori della bocca s' incontra una resistenza che si riesce a vincere. Sono limitati tutti i movimenti attivi della lingua e specialmente quelli di lateralità; il P. non è capace di rovesciare la lingua all' indietro. L'apertura della bocca è completa. L'ugola non è deviata; sono normali i movimenti del velopendolo; non esistono disturbi della masticazione, nè della deglutizione. Il P. non è capace di pronunziare alcuna parola, nè alcuna consonante; colla manovra di costrizione della laringe, riesce a pronunziare le vocali con voce afona. Tossisce con voce afona.

Durante l'esame obbiettivo si notano ogni tanto dei movimenti involontari di stiramento degli angoli labiali, specialmente a sinistra, talvolta associati a sollevamento della spalla sinistra, a movimento di chiusura dell'occhio ed a stiramento della faccia di sinistra (tic brachio-facciale). Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei vivacissimi, achillei idem, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, corneali presenti, faringeo idem, mandibolari vivaci. Dermografismo tardivo bianco. Sensibilità: emiipoestesia tattile, termica, dolorifica destra. Ipoalgesia della lingua molto accentuata. Visus: 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente a destra. Udito, gusto ed olfatto diminuiti a d. Il P. eseguisce prontamente ogni comando. La lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: L'espressione del volto è piuttosto depressa, la mimica è scarsa. E' bene orientato rispetto il tempo, il luogo e le persone che lo circondano. La percezione è abbastanza pronta, l'attenzione buona, la memoria un po' infedele specialmente per fatti recenti dopo il trauma. Non manifesta dei desîderi molto intensi, è applicabile, ha perfetta conoscenza del suo stato morboso. E' facilmente emozionabile. In complesso si tratta di un fobico. Polso 72 uguale, ritmico a pressione media. Esame laringoscopico: Spasmo della corda vocale di destra, la quale si presenta

fortemente abdotta mentre l'altra è normale. Iperestesia del laringe. *Status 13 Maggio 1918* — All' inizio della cura (rieducazione del respiro. psico- ed elettroterapia) non parlava affatto e nella prima settimana non è stato cosa facile fargli eseguire un regolare allenamento respiratorio. Anzichè inspirare ed espirare avvallava l'addome, corrugava la fronte, apriva la bocca esageratamente deviando l'angolo boccale ora a S. ora a D. e la lingua gli si accartocciava ritirandosi verso il pavimento della bocca in modo che gli impediva persino la respirazione orale. Si dovette ricorrere in più sedute alla fissazione della lingua con un abbassalingua stimolando nello stesso tempo con un pennello il faringe ora a D. ora a S. provocando il vomito. Fu in questo soggetto che si provò di fargli pronunziare l'*A* dopo quanto sopra còn il gargarismo.

Attualmente il P. riesce a parlare ripetendo a preferenza quanto gli fa pronunciare il medico, e poco invece spontaneamente. Nel parlare spontaneo si nota una tendenza a pronunziare parole mutilate; richiamando energicamente l'attenzione del P. questi pronunzia scandendo anche le parole plurisillabe. Durante la prova compie movimenti involontari (coreiformi) con gli occhi, con la faccia, (compreso il pellicciaio) e con la spalla sinistra (tic facio - brachiale) ed ogni tanto tende a ridere del che si dispiace perchè è un fatto che non sa spiegarsi e teme possa essere interpretato come mancanza di rispetto.

Status 20 Maggio 1918 — Condizioni invariate. Il P. viene trasferito in un altro Centro Neurologico.

Osservazione 12.

F. G. a. 23 soldato, possidente. Nulla di notevole nell'anamnesi remota famigliare e prossima. Fu sempre di temperamento facilmente irritabile per qualsiasi piccolo ostacolo frapposto ai suoi desiderii ed allora diventava violento ed era capace di ribellarsi a chiunque.

L'11 Agosto 1917 mentre era in linea, per scoppio di granata fu sepolto in una buca. Quando fu tirato fuori non poteva più parlare ed era in preda a tale agitazione che fu condotto al Manicomio di Udine, Qualche giorno dopo, essendo scoppiato un deposito di munizioni dovette fuggire dal Manicomio. Passò a Vittorio Veneto ed in quell'ospedale riacquistò la favella, ma parlava a sento con gravi balbuzie.

Ebbe un'alterco con 2 compagni, fu afferrato da questi alle spalle e percosso. L'umiliazione lo lasciò in preda a forte agitazione e provocò degli attacchi isterici.

Status 11 - X - 18. Oculomozione normale. Non Graefe. Nulla al VII, nè al XII. L'apertura della bocca è completa, il velopendolo bene mobile. Non disturbi della deglutizione. All'esame dell'apparecchio periferico del linguaggio rilevasi:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare si osserva che l'inspirazione non è rumorosa, ma è frequente bensì l'espirazione a causa della pressione esagerata dell'aria nel laringe. Facendo contare il P. da 1 a 28 si nota che egli esegue circa 10 inspirazioni (talvolta per ogni numero una inspirazione.) L'espirazione bisbigliata (*vocale a)* dura 7 - 9'' , quella chiara 11 - 12''. L'espirazione (nel parlare) talvolta subisce un brusco arresto. Le pause respiratorie sono brevi ed irregolari (anche dopo le profonde inspirazioni.)
b) esame della voce: il canto va bene (persistono però le balbuzie.) I tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene (attacco dolce non tanto,) Il P. si serve quasi esclusivamente dell'attacco duro che unisce talvolta a quello aspro.
c) esame dell'articolazione: si notano balbuzie gravi (persistenti) in forma di impuntamenti iniziali, inceppamenti successivi e rapida incontenibile esplosione delle sillabe. Talvolta embolofrasie semplici ed elisioni litterali. Nel parlare si osservano numerosi movimenti associati col capo, tronco e cogli arti di destra.

Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei pronti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, faringeo debole, presenti i corneali. Dermografismo pronto e persistente. Sensibilità tattile, termica dolorifica e pallestesica normale, anche sulla lingua e sulla mucosa buccale: visus, udito, gusto, olfatto normali.

Il P. esegue ogni comando. La lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: l'espressione del volto è piuttosto depressa, la mimica non è molto vivace. Il P. è bene orientato rispetto al luogo, al tempo ed alle persone che lo circondano. La percezione pronta, l'attenzione buona. La memoria è fedele (eccetto amnesia lacunare per i fatti riferentisi al trauma.) Non manifesta desiderii molto intensi. Si emoziona facilmente. Il P. dice che dall'epoca dello scoppio è cambiato di carattere, mentre prima egli era gaio ed ardito, ora è triste. Piange con facilità, tende all'isolamento; la compagnia degli amici gli dà noia o addirittura lo irrita. Aggiunge che ogni rumore forte gli mette gran paura, ed allora è preso da un tremito convulso, si agita e perde la padronanza di sè stesso e la conoscenza precisa del luogo e del tempo. Ordinariamente dorme tranquillo ma quando di giorno gli accade qualche cosa che l'agiti, passa la notte insonne ed è più facilmente emozionabile per ogni anche piccolo rumore.

Esame generale: individuo di buona costituzione scheletrica, con masse muscolari bene sviluppate e pannicolo adiposo regolare; gli organi interni (polmoni, fegato e milza) normali. Cuore: nei limiti, toni netti. Polso 88 uguale, ritmico a pressione media. Comprimendo i bulbi oculari si ha una diminuzione del polso che scende a 72. Esame laringoscopico: movimenti coreici delle corde vocali. Ipoestesia del vestibolo

e del laringe. *Status 15 Ottobre, 18.* Il P. esce dal Neurocomio in condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 13.

A. D. a. 21, soldato, operaio.

Nel Maggio 1918 disertò sapendo il padre gravemente malato; nel giugno successivo divenne muto quando ebbe notizia della morte di un fratello in guerra. Da allora in poi il mutismo é rimasto ostinato. Il P. ha sempre percepito tutte le domande anche per iscritto. Il P. è mancino. Nega lues. Non è bevitore, nè fumatore. *Status 20 Dicembre 1918.* Nulla a carico dell'oculomozione. VII superiore integro, esiste invece una insuflicienza del VII inferiore di sinistra; il labbro superiore non viene stirato che in modo molto incompleto. Il pellicciaio si contrae bene d'ambo i lati. L'apertura della bocca è completa. La lingua non è deviata ed è bene mobile in tutte le direzioni però il movimento di protrusione sebbene completo è di breve durata ed il P. subito ritira la lingua dopo averla protrusa. L'ugola devia verso destra, il velopendolo è poco mobile d'ambo i lati. Non esistono disturbi della deglutizione nè della masticazione. Il P. riesce ad emettere soltanto le vocali e qualche parola bisillaba con voce afona. Il P. non è capace di fischiare: nei tentativi di fischiare si nota che egli avvicina meglio le labbra dal lato destro. Il pellicciaio si contrae bene d'ambo i lati. Nei tentativi di fonazione esiste un'evidente incordinazione tra i movimenti respiratorii, fonatorii ed articolari: il P. parla espirando l'aria, muove poco le labbra e la lingua. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. Rifiessi: iridei presenti, tendinei superiori idem, rotulei ed achillei vivaci, addominali e cremasterici vivacissimi, corneali presenti, faringeo idem. Nulla a carico della sensibilità e dei sensi specifici.

Il P. comprende qualsiasi comando· La lettura e la scrittura sono perfette. Esame psichico: il P. ha una espressione del volto depressa, la mimica è poco vivace e timida. La percezione è buona, l'attenzione vigile, la memoria fedele. È bene orientato rispetto al tempo, al luogo ed alle persone. Facile emotività con intensi fenomeni vasomotori.

Esame laringoscopico: buona la motilità delle corde vocali, la sensibilità del faringe e del laringe é normale. È da notare che anche nei tentativi di fonazione le corde vocali si adducono bene.

OSSERVAZIONE 14.

F. E, a. 21, soldato, contadino.

Padre affetto da mal di cuore ed emiplegico, morto giovane, madre malata di cuore, un fratello affetto da gozzo. Il P. fin da bambino soffre di bronchite asmatica e dice che nei sforzi viene assalito da dispnea e

da senso di costrizione al cuore. Chiamato alle armi alla mobilitazione (Maggio 1915) fu fatto idoneo nonostante allegasse fin da allora mutismo funzionale dovuto ad una emozione subita in famiglia. Subito dopo arruolato fu ricoverato all'ospedale di Spezia

Status 16 - 6 18. Oculomozione normale. Non Graefe. Rosenbach positivo. normale il VII superiore.

Al facciale inferiore si nota: l'angolo labiale si contrae poco d'ambo i lati simultaneamente, isolatamente meglio a sinistra, è presente il segno orbicolo - labiale di destra; il P. riesce ad abottare le guancie, nei tentativi di fischiare si nota che egli non riesce a fischiare e tale fatto in gran parte è dovuto all' impossibilità di far una espirazione lenta come è necessaria nel fischio, il P. invece fa delle rapide inspirazioni che si risolvono in un soffio. Il P. non riesce a dare baci ed esegue soltanto la prima parte del movimento cioè l'unione delle labbra e non la seconda cioè il distacco delle medesime. Non Chvostek. La lingua è agitata da tremori fini, non è deviata, nè atrofica, non può essere sporta dalla bocca che fino al margine interno del labro inferiore, talvolta però viene protusa al completo. I movimenti passivi della lingua offrono una resistenza superiore alla norma che si riesce a vincere. I movimenti attivi della lingua sono tutti possibili ma limitati specialmente quelli di lateralità. I movimenti passivi della mandibola offrono una resistenza superiore alla norma che si riesce a vincere senza difficoltà.

L'apertura della bocca è quasi completa. L'ugola non è deviata; velopendolo bene mobile. Invitato il P. a dire *a* si osserva che i veli palatini rimangono costantemente immobili. Non esistono disturbi della masticazione nè della deglutizione. Il P. non riesce ad emettere alcun suono articolato nè inarticolato. Tossisce con voce afona. Il pellicciaio si contrae bene d'ambo i lati. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: Iridei pronti, tendinei superiori scarsi. rotulei ed achillei presenti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci. Corneali presenti d'ambo i lati. mandibolari scarsi, faringeo torpido, talvolta non si provoca. Dermografismo un pò tardivo, e poco persistente. Sensibilità tattile, termica e dolorifica normale. Anche sulla lingua la sensibilità è normale. Campo visivo un pò ristretto concentricamente d'ambo i lati. Visus. udito gusto ed olfatto normali. Il P. esegue ogni comando, non esistono disturbi della lettura, nè della scrittura. Esame psichico: L'espressione della faccia è depressa, indifferente, la mimica è scarsa. La percezione è molto lenta, talvolta è necessario ripetere più volte i comandi i quali peraltro vengono eseguiti tutti bene (anche i complessi). L'attenzione labile. Il P. è bene orientato rispetto il tempo, il luogo e le persone che lo circondano. La memoria non è molto fedele. Non manifesta desideri molto intensi; l'affettività è scarsa. Facile l'emozionabilità. Polso 72 uguale ritmico a pressione media. Esame laringoscopico: paralisi quasi completa dei muscoli adduttori delle

corde vocali, Notevole ipoestesia del faringe e del laringe. *Status 13 Agosto 1918*. Il P. fu sottoposto ad una intensa cura psico - ed elettroterapica, insieme alla cura di rieducazione respiratoria. All' inizio si trovarono delle difficoltà enormi nell' insegnare e nel far imitare i movimenti respiratorii necessari per emettere delle vocali. Fu sottoposto alla prova del gargarismo ed alla provocazione del vomito, le quali non solo non diedero alcun risultato positivo, ma produssero in lui dei fenomeni vasomotorii così intensi da farci desistere da ogni ulteriore tentativo di manovre brusche. Si tentò allora con la manovra di costrizione laringea di fargli emettere la vocale *a*, ma anche qui l' insuccesso fu quasi completo. Ne tentativi di fonazione si osserva che il P. non aspira aria affatto ed esegue soltanto il movimento di apertura della bocca cui segue un breve rumore fioco che si compie alla fine dell'espirazione ed all' inizio dell' inspirazione; peraltro il P. non riesce nè al comando, nè per imitazione ad eseguire degli atti respiratorii regolari necessarii per articolare bene le vocali.

Status 15 - XII - 18. Condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 15.

P. D., a, 25, soldato, meccanico. Padre alcoolista. Il soggetto soffrì di attacchi convulsivi di carattere non precisabile; è stato sempre nervoso e si impressionava facilmente. È stato in zona di guerra, ma non venne mai ferito. Narra, però, scrivendo, che durante la sua permanenza in zona di guerra era in uno stato di ansia e di tensione d'animo continuo. Riportò un primo forte spavento quando il camion che guidava prese fuoco ed egli a stento si salvò. Altro forte spavento riportò quando investì col camion due bambini dei quali uno rimase sfracellato. Il 12 - XII - 17 fu preso da convulsioni e dopo si accorse di non poter più articolar parola. Durante la degenza all'ospedale di Parma, una notte si alzò improvvisamente parlando e gridando; balzato dal letto corse verso la porta, finchè ad un tratto cadde in preda a convulsioni cloniche. Riportato a letto parlò, narrando di aver avuto un sogno spaventoso, dopo non parlò più.

Status 22 - IX - 18. Oculomozione normale. Non Graefe. Nulla al VII, però il P. non può fischiare; può dare baci. Si notano di tanto in tanto nel dominio del facciale di destra dei spasmi tonici associati a movimenti incoordinati e coreiformi della lingua (tic faccio - linguale). I movimenti attivi della lingua sono tutti possibili, ma incompleti, inoltre essi si compiono con lentezza e delle volte il P. esegue movimenti opposti o differenti da quelli comandati. I movimenti passivi della lingua non offrono resistenze abnormi. L'apertura della bocca è quasi completa, il detto movimento eseguito passivamente non offre resistenze speciali. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Nessun disturbo della deglutizione, nè della masticazione. Il P. non è in grado di emettere alcun

suono articolato, nè inarticolato: tossisce con voce bassa, ride senza voce. Esiste un'evidente incoordinazione dei movimenti respiratorii e fonatorii nei tentativi di fonazione. (Il P. ha un respiro superficiale, affrettato con frequenti inspirazioni, tenta di fonare senz'aria nei polmoni). Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: iridei pronti tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivaci, alluci plantari addominali e cremasterici vivacissimi, corneali e congiuntivali presenti, auricolari idem, faringeo debole. Dermografismo tardivo, ma persistente. Sensibilità: iperestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica a tipo segmentario (funzionale) sulla coscia e gamba sinistra. Batiestesia e stereognosi normale. Visus 0,8 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo normale. Udito, gusto ed olfatto normali. Il P. esegue tutti i comandi per iscritto e scrive bene. Esame psichico: l'espressione della faccia è depressa, lo sguardo attonito, la mimica non è molto vivace. È bene orientato rispetto al luogo, al tempo ed alle persone che lo circondano. La memoria è bene conservata. È emotivo e piange con facilità, manifesta delle idee ipocondriache, tiene un contegno serio, appartato, sfugge i compagni. Ha frequenti incubi notturni, durante i quali gli sembra che persone armate siano per fare del male alla moglie ed al bambino. Lo spavento per tali sogni lo fa svegliare ed è preso allora da un vero stato ansioso con tremori e pianto dirotto; successivamente viene preso da vivo desiderio di rivedere la famiglia, verso cui dice avere un grande affetto. Tale affetto negli ultimi tempi è diventato più accentuato. La famiglia è la causa delle sue preoccupazioni. Il P. non si può applicare perchè si stanca facilmente e viene preso subito da cefalea. In complesso si tratta di un soggetto fobico.

Esame laringoscopico: movimenti coreiformi delle corde vocali; ipoestesia del laringe. *Status 19 - 11 - 18*. In seguito ad opportune cure psico-ed elettroterapiche e sopratutto alla rieducazione del respiro il P. ha rapidamente migliorato del mutismo, diventando in pochi giorni balbuziente. (Inceppamenti iniziali ed impuntamenti). Presto scomparvero anche le balbuzie ed oggi è del tntto guarito. Persistendo i fenomeni istero-neurastenici si propone per una licenza di 3 mesi.

OSSERVAZIONE 16.

P. O. a. 32, caporalmaggiore, giornalista. Nulla di notevole nell'anamnesi remota e prossima. Riferisce di essere stato sofferente di disturbi nervosi fin dalla prima giovinezza. Nega lues. È bevitore e fumatore. Alla visita medica militare ritenuto affetto da neurastenia ottenne 6 mesi di licenza di convalescenza. Al termine di questa fu mandato in zona di guerra, ove il 17 Agosto 1917, sul Vodice, in seguito a scoppio di granata perdette completamente la favella. Dopo 6

mesi potè cominciare ad articolar parola; successivamente migliorò ancora permanendo tuttavia balbuziente in grado notevole.

Status 15 - X - 18. Oculomozione normale. Non Graefe. Nulla al VII nè al XII. Non Chvostek. Disartria in forma di balbuzie lievi [impuntamenti iniziali, rapida esplosione delle sillabe.] Nulla a carico della motilità attiva e passiva degli arti. Riflessi: iridei pronti, rotulei ed achillei vivi. Addominali e cremasterici vivacissimi. Faringeo e corneale presente ma debole. Dermografismo pronto e persistente, sensibilità superficiale e profonda normale. Sensi specifici normali. Il P. esegue tutti i comandi. La lettura e la scrittura sono normali.

Esame psichico: l'espressione della faccia è depressa, la mimica è vivace. La percezione buona, l'attenzione idem, la memoria fedele. Volontà affievolita. Emotività e suggestionabilità facili; irrequietezza, irascibilità, insonnia

Il P. è bene orientato rispetto al luogo, tempo e persone che lo circondano. Esagera lo stato morboso di cui è affetto, manifesta delle idee a carattere ipocondriaco. In complesso si tratta di un soggetto neurastenico e fobico. Polso 100 uguale, fugace aritmico, pressione media. Esame laringoscopico: negativo.

Status 6 - XI - 18. Esce guarito della balbuzie; persistendo i fenomeni neurastenici gli si concede una licenza di 3 mesi.

OSSERVAZIONE 17.

N. S., anni 28, calzolaio, soldato. Madre nervosa, un fratello epilettico. Il P. fin da piccolo ha sofferto di nervosismo, consistente in facile esauribilità, distraibilità, smemoratezza, malumore, irritabilità, impulsività, spesso cefalea occipitale, talvolta insonnia. Inoltre aveva rare crisi di vertigini costituite da sensazione subbiettiva di rotazione degli oggetti circostanti, offuscamento della vista, fosfeni, nausea, ronzio agli orecchi e cadute in terra costantemente sul lato destro. Il 30 Ottobre 1916 a Monte Zebio per lo scoppio di una granata rimase travolto dal terriccio e rimase privo di conoscenza per un tempo che non sa precisare; successivamente rimase in uno stato sub - stuporoso per circa 5 mesi.

Status 26 Maggio 1917 — Oculomozione normale. Lieve ipotonia del VII. inferiore di destra. La lingua può essere sporta dalla bocca limitatamente e non oltrepassa il labbro inferiore, però si riesce passivamente a tirarla completamente fuori dalla bocca senza incontrare resistenze abnormi. I movimenti passivi della mandibola offrono una lieve resistenza che si riesce a vincere, quelli attivi sono tutti possibili e completi. Nessun disturbo della masticazione e della deglutizione. Il P. non è capace di emettere alcun suono articolato. Tossisce con voce afona. Il pellicciaio si contrae bene d'ambo i lati. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: Iridei pronti,

tendinei superiori, rotulei ed achillei presenti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, corneali e faringeo presenti. Non dermografismo. Sensibilità: Emiipoestesia tattile, termica, dolorifica a S. Visus: Il P. è affetto da una congiuntivite cronica con notevole diminuzione del visus. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente d'ambo i lati. Udito: notevole ipoacusia destra. Gusto ed olfatto diminuiti a S. Il P. eseguisce prontamente tutti i comandi; non si osserva nessun disturbo della lettura nè della scrittura. Esame psichico: Abituale depressione psichica con senso subiettivo di ottundimento, attenzione mobile, facile distraibilità, smemoratezza, faticabilità sensoriale e psichica, malumore, irritabilità, spiccata emotività e suggestibilità, impressionabilità notevolissima. In complesso si tratta di un fobico.

Status 25 Giugno 1917 — In seguito ad applicazioni psico ed elettro - terapiche il P. è guarito completamente dal mutismo. Persiste soltanto una lieve balbuzie consistente in qualche esitazione iniziale ed impuntamenti, con qualche accenno a bradilalia. La balbuzie aumenta notevolmente con le emozioni e scompare nel canto.

Status 21 Luglio 1917 — Il P. accudisce con assiduità e buon volere al lavoro di calzolaio. E' sempre però irritabile ed irascibile con brevi crisi di impulsività (clastomania). Nelle vive emozioni, specie in quelle di collera, si aggrava notevolmente la balbuzie; anzi quest'oggi egli ha perso completamente la parola (recidiva transitoria del mutismo). Esame laringoscopico negativo.

Status 20 Febbraio 1918 — Esce guarito con una licenza di mesi tre.

Status 3 Giugno 1918 — Alla scadenza della licenza si ripresenta muto (recidiva del mutismo).

OSSERVAZIONE 18.

Diagnosi: *Mutismo con contrattura glosso - maxillo - staphilina.*

De L. S., a. 27, soldato. Contrasse a 19 anni lues che curò non sempre regolarmente. Nel Gennaio 1916, in zona di guerra, in seguito ad una granata scoppiatagli vicino, riportò una forte emozione, cui seguì un attacco convulsivo a tipo isterico; cessato il quale, notò che aveva perduto completamente la voce e la parola; che la lingua era retratta, immobile e che non riusciva a spalancare completamente la bocca. Tali disturbi persistono tuttora immutati. Gli furono praticate faradizzazioni della lingua, senza alcun risultato.

Status 28 Febbraio 1918 — Oculomozione normale. Nulla a carico del facciale. La lingua, in ottime condizioni di nutrizione, si mostra in fondo della cavità orale fortemente abbassata (specialmente dal lato destro) e retratta permanentemente in modo che il margine anteriore (apice) dell'organo dista 2 cm. dalla faccia posteriore del corpo della mandibola. Per quanti tentativi il paziente faccia, non riesce mai a muovere adeguatamente la lingua.

Cercando di afferrare il margine anteriore con una pinza da cloroformio e spostarla sui lati o al dinanzi, si avverte una resistenza invincibile che consiglia all' osservatore di desistere da ogni tentativo per non lacerare la mucosa.

Quando s' invita il paziente ad aprire la bocca, egli non riesce ad abbassare la mandibola che per metà; raggiunto il quale limite, avverte una resistenza insuperabile. Altrettanto si nota se l'osservatore cerca di abbassare con forza la mandibola oltre al limite che volontariamente può essere raggiunto dal paziente.

Il velopendolo è permanentemente immobile ed abbassato, a destra più che a sinistra, solo lo si vede di tanto in tanto sollevarsi, quantunque in lieve grado; ciò che contrasta coi movimenti dell'ugola, la quale è assai spesso in continuo movimento, e più di frequente verso destra. Se il paziente cerca di emettere la vocale *a*, si vede dopo un lungo sforzo alzarsi la sola ugola e qualche volta anche il velopendolo. Nel sonno lo spasmo della lingua permane invariato. Il paziente non riesce a pronunciare alcuna parola. Nei tentativi di dire la vocale *a*, si ode un rumore fioco, nel quale non è possibile apprezzare alcun elemento fonico discriminativo; del pari il malato non riesce a pronunciare alcuna consonante. Nei profondi atti inspiratori si ode un rumore rauco stridente.

L'esame laringoscopico non è stato mai praticabile a causa della retrazione permanente della lingua.

Quando il paziente deve ingerire cibi liquidi, chiude subito la bocca appena li ha introdotti e flette indietro il capo; contemporaneamente si avverte un rumore come di chi emette gas dalla bocca, mentre si vede sollevarsi il laringe. Se vuole introdurre cibi solidi, il paziente dapprima li rammollisce bene con acqua, in modo da trasformarli in semi - solidi, poscia introduce in bocca il bolo così formato e lo trita lungamente coi denti a destra, indi piega indietro la testa in modo che il cibo scivoli sopra il pavimento della lingua. Infine introduce in bocca del liquido (acqua) affinchè questa meccanicamente trasporti le sostanze alimentari attraverso l' istmo delle fauci. Dopo ingerito qualunque cibo (liquido o solido) il paziente viene preso da un transitorio singhiozzo. Con stimoli galvanici si ottiene una contrazione pronta della lingua, d'ambo i lati: (10 MA.); con stimoli faradici, si ha contrazione minima a 100 mm. (slitta del *Dubois - Raymond*).

Riflessi tendinei superiori, rotulei ed achillei pronti. Alluci plantari, corneali e palatino assenti; faringeo pronto; addominali vivaci; congiuntivale debole, specie a sinistra. Gli stimoli tattili, termici, dolorifici e pallestesici vengono avvertiti sul corpo e specie sulla metà destra; sulla lingua sono aboliti completamente. Sull'ugola, sul velopendolo e sulla mucosa della bocca la sensibilità (per dette tre forme) è bene conservata. *Visus* = 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo al-

quanto ristretto concentricamente d'ambo i lati e solamenle per il bianco. Udito: il fischio di Galton e il tic - tac dell'orologio sono meglio percepiti a sinistra. Weber lateralizzato a sinistra. Rinne invertito a destra. I sapori e gli odori sono meglio avvertiti a sinistra. Lettura e scrittura normali. Il paziente è irascibile e cambia frequentemente umore, nessun disturbo si osserva nel contenuto ideativo. Nei movimenti dimostra una vivacità e prontezza non comune. Rifiuta di farsi praticare la puntura lombare e la narcosi cloroformica, che erano state consigliate a scopo diagnostico e terapeutico, e minaccia il medico se tentasse di farle contro la sua volontà.

15 Marzo 1918. Viene dimesso dal Manicomio di S. M. della Pietà in condizioni invariate.

b) Osservazioni raccolte nel Neurocomio Militare di Villa Wurts (Capo Reparto cap. med. Dott. G. Fabrizi):

Osservazione 19.

N. G., a. 27, soldato, contadino. Il P. racconta che il 4 Agosto 1915, a Col di Lana, riportò in un combattimento varie ferite ed inoltre, per lo scoppio di una granata, rimase quasi sepolto e privo di conoscenza per tre quarti d'ora. Quando si riebbe si accorse che non poteva parlare. Negli antecedenti ereditari si nota che uno zio paterno avrebbe sofferto di disturbi mentali. *Status 12 Gennaio 1918* — Motilità e sensibilità normali dovunque. Organi di senso ben funzionanti. *Riflessi*: Pupille di media ampiezza, uguali, bene reagenti alla luce ed all'accomodazione. Normali i riflessi addominali, cremasterici e plantari, i tendinei superiori deboli; normali i rotulei e gli achillei. *Riflessi vascolari:* ad una stria di vaso - costrizione iniziale ne segue una di vaso - dilatazione abbastanza ampia, intensa e duratura. *Linguaggio:* Il P. è in grado di pronunciare qualsiasi parola ma a voce afona; si nota però in lui la tendenza a non volere esprimersi neanche colla voce afona, limitandosi a servirsi della mimica. Interrogato sul perchè di questo fatto, risponde che quando parla avverte un dolore e un restringimento retrosternale che da questa regione sale fino alla gola come senso di costrizione. Tali sensazioni erano prima più intense che adesso.

20 Aprile 1918 — Condizioni invariate.

Osservazione 20.

Ch. D. a 25, soldato, contadino. Il 16 Luglio 1915 sul Col di Lana per scoppio di una granata che fece a pezzi 4 suoi compagni, perdette la conoscenza e la riacquistò il giorno seguente. Ebbe emorragia dal condotto uditivo esterno destro e si accorse di aver perduta la parola,

pur conservando l'udito a sinistra. Ricominciò a parlare in seguito ad un'altra emozione provata nel rivedere la famiglia in lutto; ma presentò ancora gravi disturbi della parola in forma di balbuzie. Fu riscontrato affetto da perforazione del timpano dell'orecchio destro e fu operato di asportazione di scheggie ossee.

Status 20. II 917. Oculomozione normale. Nulla al VII nè al XII. Esiste disartria in forma di balbuzie associata a movimenti del capo e degli arti di destra e consistenti in impuntamenti iniziali, inceppamenti, elisioni, rapida esplosione delle parole. Nel cantare la balbuzie scompare completamente. Nulla a carico degli arti superiori ed inferiori. Non disturbi della sensibilità obiettiva. Riflessi: iridei pronti, tendinei superiori vivaci, più a destra che a sinistra; rotulei ed achillei vivacissimi con accenno a pseudo — clono dei piedi, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, corneo congiuntivali deboli, faringeo debolissimo. Dermografismo debole e fugace.

Sensibilità tattile, termica e dolorifica normale anche sulla lingua e sulla mucosa boccale. Visus a destra — 2/3, a sinistra — 1/5 (senza correzione). Campo visivo notevolmente ristretto a sinistra. Udito: diminuito a destra, normale a sinistra. La lettura e la scrittura sono normali.

Esame psichico: l'espressione del volto è depressa, la mimica è vivace la memoria fedele; si nota amnesia lacunare, facile emotività ed impressionabilità.

Status 30 V 17. Il P. esce in condizioni molto migliorate; le balbuzie sono quasi scomparse e si manifestano soltanto nelle emozioni (balbuzie transitorie).

Osservazione 21.

C. C., a, 25. Capitano, avvocato. Padre già sofferente di nevrastenia e morto di angina pectoris; madre vivente e sana: un fratello, anch'egli capitano, ferito al fronte, presenta i sintomi di una nevrastenia traumatica. Il soggetto nel 1907 ha sofferto di nevrastenia da surmenage ed emozioni. Nega lues e malattie veneree: è astemio, non fuma nè beve caffè. Il 17 Giugno 1916, a Marcesine (Asiago) per lo scoppio di una granata fu proiettato ad una certa distanza e cadde privo di conoscenza, che riacquistò dieci giorni dopo all'ospedale, ove si accorse di aver perduta la favella. Dopo 10 - 15 giorni fu trasferito a Como ove gli furono riscontrate normali le corde vocali, ma paresi della lingua e dei muscoli estrinseci respiratori (diaframma, gran pettorali, intercostali, ecc.). Successivamente incominciò un pò alla volta a parlare, ma con voce afona e pronunzia inceppata e balbuziente. *E. O.* Riflessi: Corneali e congiuntivali deboli, faringei presenti, addominali torpidi, cremasterici assenti,

plantari deboli. Riflessi profonti degli arti sup. presenti e pronti. patellari vivacissimi, vivaci pure gli achillei, non clono. Dermografia piuttosto pronta, evidente e persistente, preceduta dal riflesso della cute anserina. Persiste una lieve afonia. Dal lato psichico si osserva : Tono sentimentale abituale lievemente depresso, con varie preoccupazioni di indole economica e ipocondriaca, notevole emotività ed influenzabilità, mobilità dell'attenzione con difetto della capacità di fissazione e di associazione ed anche della evocazione con integrità della conservazione delle immagini di antica acquisizione. Vaghe concezioni a tipo querimonioso, di rivendicazione con largo studio di leggi, decreti, regolamenti, ecc. Notevole faticabilità sensoriale e psichica.

20. IV. 17. Guarito.

Osservazione 22.

M. N. a. 31. soldato, contadino. Precedenti ereditari e personali negativi. Il 14 Novembre 1916 presso Castegnavizza fu seppellito da una frana in seguito a scoppio di granata. Perdette i sensi, e quando li riprese dopo un tempo che non sa precisare si avvide che non poteva parlare.

Status — 25 I 17. — I movimenti attivi sono tutti possibili e completi. La sensibilità è bene conservata in tutta la superficie del corpo, ad eccezione della regione sternale. Gli organi dei sensi sono normali compreso il senso dell'udito. Riflessi pupillari normali, congiuntivali aboliti: esagerati gli addominali. Il riflesso faringeo è diminuito. Esagerati sono anche il cremasterico, il patellare, plantare. Per quanto riguarda il linguaggio, non articola nessun suono. Quando vuol provare ad emettere qualche suono sente un senso di pena che dalla regione sternale sale fino alla gola. Qualche suono afonico fuori esce soltanto sotto l'azione della corrente galvano - faradica.

15 febbraio 1917. Dimesso, rapidamente guarito.

Osservazione 23.

P. M,, a. 23, soldato, contadino. Nei combattimenti del Giugno e Luglio 1915 riportò più volte leggere ferite da colpi di baionetta. Il 25 agosto 1915 a Selz (Carso) per lo scoppio di una granata fu ferito al fianco sinistro e proiettato qualche metro lontano, con perdita della conoscenza, che riacquistò circa due ore dopo rimanendo ancora stordito, impossibilitato a pariare e tormentato da paracusie (ronzii, sîbili, rombi ecc.) E. O. Funzioni di senso: emi — ipoestesia sinistra globale sensitivo - sensoriale. Riflessi pupillari normali; Riflessi cutanei e mu-

cosi: corneo congiuntivali e faringeo deboli. — Plantari quasi assenti. Riflessi periostei e tendinei: tutti provocabili facilmente, rotulei vivaci. Favella: mutismo ed afonia completa.

Status 10 V. 17. Esce guarito dal mutismo.

OSSERVAZIONE 24.

V. A, a. 37, soldato, corniciaio, Era col 20. fanteria sul Carso quando il 9 o il 10 Ottobre 1916 (non rammenta bene) vicino al cimitero di Oppacchiasella, per lo scoppio di una bombarda rimase sepolto da sassi e terra fino alle spalle, stordito e incapace di gridare per chiamare soccorso. Dopo lo scoppio della bombarda per 2 giorni rimase « *intontito con un gran dolore di testa* » e con paracusie (sibili ronzii, ecc.) essendo stato colpito in direzione del capo da molti sassi che ammaccarono in più punti l'elmetto d'acciaio.

Status 21 Marzo 1917. Motilità volontaria. sensibilità della cute e mucose, normali. Udito, gusto normali. Riflessi: pupillari normali, corneo-congiuntivali e faringeo presenti; cutanei deboli; periostei e tendinei molto vivaci. Linguaggio: mutismo funzionale. Dal lato psichico si notano: abituale depressione melanconica con vaghe preoccupazioni ipocondriache; spiccata emotività ed influenzabilità con rapida e facile ripercussione delle emozioni sullo stato della parola (dopo la guarigione facile aumento della balbuzia e talvolta anche ritorno del mutismo). Attenzione mobile, intelligenza pronta e vivace. Sentimenti affettivi, specialmente famigliari ben conservati.

Status 19 Maggio 1917. Guarito del mutismo è rimasto balbuziente (lievissimo). Era però già un antico balbuziente.

OSSERVAZIONE 25.

A. G. a. 25, soldato. cantante. Nel Luglio 1915 fu per 8 giorni a Podgora (Gorizia) sotto un' intenso continuo bombardamento del nemico. Essendo andato a riposo per 15 giorni, nelle retrovie, in seguito al passaggio di aeroplani nemici che gittarono più volte bombe. il 7 Settembre 1915 incominciò a presentare crisi convulsive di cui serba memoria incompleta. Ai primi del Novembre del 1916 sul monte S. Michele (Carso) per lo scoppio di una granata perdette la favella, che riacquistò alcune ore dopo; successivamente ebbe di nuovo attacchi convulsivi 2-3 volte al giorno e balbuzie in forma di impuntamenti iniziali. Ottenne una licenza di un mese. Giunto a casa ebbe una violenta crisi emotiva con scoppio di pianto ed accesso convulsivo a carattere squisitamente isterico. dopo il quale la balbuzie (dapprima lieve e un pò accentuata soltanto nelle emozioni) si aggravò talmente da impedirgli di parlare. Andò molto migliorando, e riprendendo lo studio del canto scomparvero

gli accessi convulsivi. Alla scadenza della licenza, in seguito a nuove emozioni ebbe un'altro attacco convulsivo dopo il quale rimase muto completamente ed in tale stato viene inviato al manicomio.

Status 20 III 17. Nulla a carico della motilità degli arti. Riflessi pupillari normali. idem cutanei e mucosi, riflessi periostei e tendinei molto vivaci specialmente i rotulei.

Sensibilità normale. Dal lato psichico: temperamento squisitamente isterico - emotivo - fobico. La mimica è vivace ed espansiva.

Appena entrato nel manicomio prese parte ad un concerto in cui cantò diverse canzoni pronunciando bene le parole.

In seguito ad opportune cure psico - ed elettroterapiche ha incominciato a parlare balbettando (impuntamenti iniziali, ripetizione delle vocali e delle sillabe).

Status 13 IV 17. Il P. esce con poca balbuzia.

Ulteriore decorso: Uscito dal manicomio il P. si è scritturato in diverse compagnie come cantante, (egli cantavà sempre bene senza balbettare) però non ha potuto proseguire le recite perché 2 volte cadde in piena scena in preda ad attacchi convulsivi isterici. —

OSSERVAZIONE 26.

V. G., a. 25, soldato, operaio. Genitori viventi e sani. Nulla di notevole all'anamnesi remota. Fin da bambino ha sofferto di attacchi convulsivi a tipo isterico. Narra che stando al fronte fu una volta assegnato alle vedette, dove trovandosi un giorno, gli cadde davanti ai piedi un grosso proiettile, che non esplose. Rimase come inebetito, per lo spavento, e senza poter parlare. Ebbe in seguito frequenti attacchi convulsivi, dopo i quali per periodi più o meno lunghi, perdeva la parola: anzi dopo un attacco convulsivo, più degli altri, violento, perdette di bel nuovo la parola e non la riacquistò più.

Status: — 1. VIII. 17 Motilità attiva e passiva degli arti superiori ed inferiori integra. Riflessi superficiali e profondi piuttosto vivaci; eccitabilità idio - muscolare aumentata. Favella: mutismo completo. Esame psichico: Il P. è depresso, l'attenzione scarsa, la percezione tardiva, la memoria infedele, è impulsivo, emotivo a carattere e temperamento squisitamente isterico. In complesso trattasi di un fobico.

3 Ottobre 1918. Uscì dal Neurocomio balbuziente. Parlava solo nella inspirazione per mancanza della coordinazione tra gli atti respiratorii e quelli di fonazione.

OSSERVAZIONE 27.

S A., a. 22, soldato, possidente. Nulla nell'anamnesi remota. Il 1. gennaio 1917 sull'altipiano di Asiago, per lo scoppio di una granata fu travolto insieme al pezzo di cui era servente. Per due ore rimase

privo della conoscenza, al risveglio notò che non poteva parlare nè emettere alcun suono. Circa dopo 2 mesi riprese la parola con gravi balbuzie.

Status 26. V. 17. Nulla a carico dei nervi cranici. Normale la motilità attiva e passiva degli arti superiori ed inferiori. Riflessi pupillari pronti, profondi presenti, cutanei pronti, mucosi torpidi, vascolari vivaci e persistenti. Sensibilità: ipoalgesia generale più accentuata nella metà destra del corpo. Favella: balbuzie grave, notevolmente influenzata dalle emozioni che la aggravano fino ad inibire la parola. Consiste in un esitazione spasmodica iniziale, seguita da emissione esplosiva della parola con numerose ripetizioni sillabari interrotte da movimenti clonici del diaframma. Dal lato psichico si tratta di un soggetto fobico.

Status 19 Luglio 1917. In seguito ad opportune cure psico-ed elettro-terapiche il P. è andato progressivamente migliorando della balbuzie: persiste la tendenza di questa ad accentuarsi nelle emozioni.

OSSERVAZIONE 28.

D. S., a. 23, soldato, venditore. Padre morto di angina pectoris, madre vivente e sana. Non è stato mai nervoso. Nel gennaio 1916 per scoppio di granata fu abbattuto al suolo: pel grande spavento ebbe uno shock nervoso e perdette l'uso della favella e degli arti di sinistra.

Status 6 Agosto 1917. Esame neurologico negativo, tranne tremori diffusi e dermografismo. Il P. è completamente muto ed afono.

Status 9, 9. 17. In seguito ad opportune cure psico-suggestive ed alla rieducazione del respiro Il P. riesce con voce afona e balbettando a ripetere parole bisillabi. La lettura e la scrittura sono perfette.

Status 13. 10. 17. L'afonia è scomparsa, persistono balbuzie (inceppamenti iniziali, scandimento). Il P. esce dal Neurocomio il 15. 10. 17 in condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 29.

P. A. a. 30. contadino. Il 5 agosto sul Col di Lana, per lo scoppio di una granata, perdette la conoscenza che riacquistò tre o quattro giorni dopo accorgendosi di aver perduto la favella, pur comprendendo come prima e udendo la parola degli altri. Da circa un mese e mezzo ha ricominciato a parlare a voce afona e con balbuzie grave, che però è andata progressivamente migliorando; come pure va lievemente diminuendo il pronto e facile affaticamento nella fonazione.

Status — 27 *IV 17. Riflessi*: Pupillari normali, cutanei e mucosi tutti molto torpidi e deboli; faringeo, addominali e plantari assenti, periostei e tendinei presenti ma deboli negli arti superiori; rotulei vivacissimi, vascolari deboli e torpidi.

Linguaggio: Afonia con balbuzie grave.

30 V 17. Esce balbuziente però rientra in un ospedale di nuovo muto alla fine della licenza di convalescenza di sei mesi.

OSSERVAZIONE 30.

L. V., a. 22, soldato; meccanico. Il 14 luglio 1916 a Cima Cocche per lo scoppio di una granata rimase per una quindicina di giorni privo della conoscenza. La riacquistò all'Ospedale di Belluno, ma era incapace di parlare. Trasferito a Napoli riacquistò la parola, ma divenne balbuziente, come lo è tuttora.

Status — 25 maggio 1917. Funzioni di moto normali. Funzioni di senso: emiipoestesia globale sinistra tattile, termica, dolorifica. Riflessi pupillari normali, cutanei e mucosi tutti torpidi e deboli; profondi piuttosto vivaci; muscolari torpidi e fugaci. - Favella: notevole balbuzie consistente in spiccata esitazione iniziale e anche nel mezzo di parole plurisillabe, con successiva pronunzia precipitosa, con numerose elisioni; mimica emotiva da sforzo, nonchè frequenti ripetizioni sillabari. La balbuzie aumenta nelle emozioni.

20 *Giugno 17.* Esce guarito dalle balbuzie.

OSSERVAZIONE 31.

G. D.; a. 30, soldato, magazziniere. Riferisce per mezzo degli scritti di soffrire da lungo tempo di disturbi nervosi, specialmente di accessi vertiginosi per i quali talora cade a terra e si produce delle lesioni alla testa. È in istato di completo mutismo, comprende però ogni domanda a lui rivolta ed è bene orientato.

Status — 10. XI. 17. Numerose stimmate neuropatiche (tremore delle dita distese, tremito palpebrale, accentuazione dei riflessi tendinei muscolari, ipereccitabilità muscolare ecc.) Fu giá assoggettato all'etero_narcosi con insuccesso.

15 Gennaio 918. Esce guarito dal mutismo dopo essere stato sottoposto alle cure psico-elettroterapiche ed alla rieducazione del respiro.

OSSERVAZIONE 32.

M. A., a. 23, soldato, vinaio (analfabeta). Dice di essere stato sempre malaticcio e di non aver potuto frequentare la scuola per le sue condizioni mentali: *ha sempre parlato balbettando.* Chiamato alle armi passò subito all'Ospedale di Ancona e poi in questo nevrocomio per mutismo funzionale.

E. O. Facies simioide; fronte sporgente. orecchio ad ansa. aspetto semi-imbecillesco, umore indifferente, contegno tranquillo, condotta corretta, percezione lenta, tarda, talora errata; memoria difettosa e la-

cunare. Intellettualmente assai deficiente ed incapace di qualsiasi iniziativa. È impossibile adibirlo ai lavori più elementari. Scarsa emotività, ipobulia notevole.

Status. — *16 agosto 1918*. Motilità integra, sensibilità normale, notevole resistenza alle punture di spillo. Si riscontra affetto da grave deficienza psichica e si ritiene permanentemente inabile al servizio militare proponendolo per la riforma.

20. XI. 18. Riacquistò la parola gradatamente dopo un lungo periodo di cure psico ed elettroterapiche. Guarito dal mutismo è rimasta la sua abituale balbuzie.

OSSERVAZIONE 33.

B. G., a. 22. soldato, contadino. Il 10 agosto a Doturda fu colpito alla gamba destra da pallottola di shrapnell. Per lo scoppio dello shrapnell fu proiettato lontano, cadde stordito e si risvegliò incapace di poter più parlare.

Status: — *21 Marzo 1917* Ipoestesia segmentaria nell'arto inferiore destro dalla tuberosità della tibia in giù. Riflessi: Corneo-congiuntivale e faringeo debolissimi. Cutanei deboli, plantari assenti; periostei e tendinei tutti presenti.

25 Maggio 1918. Esce tuttora afono.

OSSERVAZIONE 34.

M. M. a. 27, soldato, muratore. Nega lues, non beve, non ha avuto malattie degne di nota. Era stato già al fronte sull'Alto Isonzo (zona di Tolmino) e nel Trentino e ritornò di là, la prima volta ferito alla coscia destra. Inviato dal corpo all'ospedale principale di Ravenna in seguito a forte emozione di collera ebbe una crisi nervosa a tipo isterico e subito dopo cominciò a balbettare. Fu poi trasferito a Spoleto dove gli fu riscontrata il 3 Marzo u. s. perdita completa della favella. Sullo scorcio dell'Aprile aveva riacquistato la favella e la balbuzie andava già diminuendo

Status 5 V. 1917 — Ipoestesia ed ipoalgesia generale diffusa. Riflessi pupillari: normali: cutanei e mucosi molto deboli e torpidissimi; periostei e tendinei pronti e vivacissimi agli arti inferiori; vascolari: torpidi e deboli. Linguaggio: balbuzie. Esame psichico: Impressionabilità, suggestibilità, attenzione mobile, notevole emotività con predominio della vità emotiva sulle funzioni psico-intellettive e psico-volitive, fantasia ricca ed accesa, spiccato egocentrismo con elevato concetto dell' io, egoismo, vanità: notevole ipobulia con instabilità del contegno, ecc. ecc. Irascibilità, irritabilità. Carattere squisitamente isterico.

Durante la degenza in questo Neurocomio è molto migliorato; pronunzia bene le parole, qualche volta con leggera balbuzie.

OSSERVAZIONE 35.

R. L. a. 22, soldato, contadino. Il 30 Settembre u. s. a Cima Bocche fu ferito da pallottola esplosiva alla mandibola e nella regione sopraioidea. Appena colpito aveva perduta la conoscenza; la riacquistò dopo circa 4 giorni ed era incapace di parlare. Già prima della chiamata alle armi, anzi sin da quando cominciò a parlare era stato un pò balbuziente. Eredità neuro - psicopatica positiva: un fratello epilettico.

Status 20 II. 17 — Favella: presenta balbuzie in forma di inceppamenti ed esitazioni iniziali con rapida esplosione delle sillabe.

Status 13 III. 17 — Esce in condizioni molto migliorate per ciò che riguarda la balbuzie.

OSSERVAZIONE 36.

R. L., a. 26, soldato, operaio. Il padre è morto per malattia nervosa. Nel Luglio 1910 prima di prestare servizio militare, mentre lavorava in officina in seguito a scoppio di gas cadde a terra e perdette i sensi. Riacquistatili dopo qualche ora non poteva parlare affatto. Dopo qualche giorno incominciò a parlare stentatamente pronunciando soltanto parole oligosillabi e balbettando, inoltre ha notato dei movimenti involontarii del braccio e del capo a sinistra (tic brachiale). In questi 7 anni i disturbi della parola si mantennero stazionarii.

Status 20 IX. 17 — Organi dei sensi normali. Nulla degno di nota ad eccezione della favella in cui notasi un inceppamento nell'esplosione delle parole con tartagliamento (ripetizione sillabare).

Status 20 X. 17 — Il P. sottoposto a cure psichiche ed elettriche uscì dal Neurocomio completamente guarito.

OSSERVAZIONE 37.

F. A. a 34, soldato, contadino. Nel Luglio 1916 a Monfalcone fu ferito da scheggia di granata alla mano sinistra e rimase per circa un mese in uno stato di stupore; successivamente accusò algie vaganti ed altri disturbi di natura intero—neurastenica, oltre ad una spiccata afonia che venne a mano a mano aggravandosi in guisa da divenire un vero e proprio mutismo.

Status 9 I 17. Afonia e mutismo completo. Riflessi: pupillari pronti, cutanei debolissimi e torpidi, mucosi assenti, profondi molto vivaci specialmente a sinistra; vascolari molto accentuati, dermografismo preceduto dal riflesso della cute anserina. Lieve emiipoestesia sensitivo - sensoriale sinistra. Esame psichico: Lieve depressione p ichica, instabilità dell'attenzione e del carattere; emotività, influenzabilità, smemoratezza, faticabilità sensoriale e psichica.

Status 2 II 17. Il soggetto ha riacquistata la parola rapidamente con un'appropriata cura psico--ed elettroterapica, nonchè con la rieducazione del respiro. Infatti dopo qualche seduta pronunciava a voce afona le vocali, dopo altre 2 sedute parole bisillabi, poi pollisillabi riacquistando in pochi giorni successivi la tonalità della voce prima in falsetto e poi a voce naturale. Attualmente esce guarito completamente.

OSSERVAZIONE 38.

A. G., a. 29, caporal maggiore, operaio. Padre morto per malattia mentale. Due sorelle soffrono di convulsioni; ha altre 5 sorelle le quali godono buona salute. Il P. fin da bambino ha sofferto di attacchi a tipo epilettico (vertigini, caduta e perdita di coscienza); 7 anni fa ha sofferto lues. Il 28 ottobre 1917 fu ricoverato all'ospedale di Cormons, per malattia oculare: qui in seguito a scoppio di granata caduta sull'ospedale stesso, cadde a terra per lo spavento perdendo la conoscenza. Rinvenuto dopo circa 1|2 ora, si accorse che non poteva più parlare. Racconta che tale fenomeno si verificò su altri ricoverati.

Status 9 XII. 17 — Per quanto riguarda la favella notasi mutismo completo.

19 XII. 17 — Al 3. giorno riparlò balbettando. Uscì dal Neurocomio con 3 mesi di licenza. Dopo uscito si vantò di avere ingannato i medici che l'avrebbero riformato. Venne denunciato dai carabinieri al Tribunale Militare e condannato per simulazione..

OSSERVAZIONE 39.

B. G. a. 31, soldato. muratore, Roma. Riferisce di esser stato sempre nervoso e balbuziente. Nel Luglio 1915 sul Pogdora, in seguito allo scoppio di una granata, cadde a terra privo di sensi. Dopo alcuni giorni riprese la conoscenza, ma pur udendo bene i suoni e comprendendo le parole, non poteva più parlare e cominciò a soffrire di accessi convulsivi specialmente quando non era tranquillo e nelle giornate di cattivo tempo.

Status 8 III. 17 — Condizioni generali mediocri. Emiipoestesia sinistra (tattile. termica e dolorifica). *Riflessi* pupillari normali, corneo-congiuntivali e faringeo vivaci. addominali e cremasterici presenti; rotulei vivaci specialmente il sinistro, così pure gli achillei. *Riflessi* vascolari vivaci anche nelle emozioni con vampe di calore al viso. Dermografismo pronto e persistente. Balbuzie a ripetizione, inceppamenti. Esame psichico: E' depresso, tiene gli occhi abbassati e non guarda in faccia chi l'avvicina, fugge i compagni, tiene un contegno misterioso; presenta smemoratezza, emotività, mutevolezza. Il P. si lamenta che la notte soffre d' insonnia, e quando prende sonno spesso si desta improvvisamente come stordito (vede fantasmi) e con ansia respiratoria,

15 V. 17 — Il P. esce guarito con una licenza di 3 mesi.

18 VIII. 17 — Alla scadenza della licenza si ripresentò sordomuto. Dalle informazioni raccolte (avendo egli già precedentemente un contegno sospetto) si è saputo che egli nelle osterie del Trastevere si vantava di aver canzonato i medici. Fu denunciato dai carabinieri. Ritornò al Celio e poi in osservazione in Clinica Psichiatrica. Si tratta di una simulazione del disturbo già avuto.

B) CASI DI SORDOMUTISMO
(e di esiti di sordomutismo)
a) Osservazioni personali

OSSERVAZIONE 40.

P. C., a. 23, sergente, elettricista. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare e nei precedenti del soggetto che ebbe sempre buona salute. Arruolato alla mobilitazione generale fu inviato poco dopo al fronte, in fanteria, e volontariamente chiese di appartenere agli Arditi «fiamme nere». Fu ferito una prima volta il 29 Agosto 1915 a S. Michele da scheggia di granata al terzo inferiore della gamba sinistra. Il 29 Ottobre 1918 sul Grappa per scoppio di granata rimase sepolto e riportò escoriazione al cuoio capelluto e commozione cerebrale e viscerale. Aveva perduto la conoscenza che riacquistò lentamente dopo qualche giorno; ma ritornato in sè s'accorse di non poter parlare, nè gridare e di aver perduto completamente l'udito.

Status 10 Novembre 1918 — Oculomozione normale. Non segno di Graefe. Nulla al VII., però il P. non può fischiare. Non segno di Chvostek. I movimenti attivi e passivi della lingua sono tutti possibili, ma incompleti. La lingua quando viene sporta dalla bocca è agitata da tremori diffusi. L'apertura della bocca è un po' limitata, il movimento passivo dell'apertura della bocca è completo e non offre resistenze abnormi. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione nè della masticazione. Il P. non è in grado di emettere alcun suono né articolato, nè inarticolato (mutismo ed afonia completa). Tossisce e ride con voce afona. Nei tentativi di fonazione si nota un'evidente incoordinazione dei muscoli respiratorii ed incapacità di respirare profondamente coll'addome (mancanza e sostituzione dell' impulso per parlare). Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. Lievi tremori a mani protese.

Riflessi: iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achil-

lei pronti, addominali e cremasterici vivacissimi, alluci plantari, corneali e congiuntivali presenti, faringeo presente, auricolari assenti.

Sensibilità: tattile, termica e dolorifica normale eccetto la lingua dove esiste ipoalgesia. Pallestesia, batiestesia e stereognosi normale. *Visus* = 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo normale. Udito: non sente nulla, neanche i rumori forti che insorgono all' improvviso e di sorpresa (sordità completa bilaterale). Riflesso cochleo - palpebrale presente; gusto ed olfatto normali.

Il P. comprende qualunque comando per iscritto e scrivendo riesce ad esprimersi liberamente e con chiarezza.

Esame psichico: l'epressione della faccia non è depressa, la mimica è molto vivace ed espressiva. Il P. è bene orientato rispetto al luogo, al tempo ed alle persone che lo circondano. La percezione è buona, l'attenzione vigile, la memoria fedele (eccetto amnesia lacunare per i fatti immediatamente consecutivi al trauma). Esegue bene i calcoli. Non esiste emotività esagerata, nè suggestionabilità facile; la volontà non è affievolita, manifesta vivo desiderio di guarire rapidamente per pôter riprendere il suo mestiere. In complesso si tratta di un soggetto coraggioso «ardito», il cui carattere è privo di note isteriche. Polso 70 uguale ritmico a pressione media. Comprimendo i bulbi oculari non si verifica alcuna modificazione del polso, nè della sua frequenza.

Esame otorino — laringoscopico negativo; notasi soltanto una anestesia della membrana del timpano d'ambo i lati.

Status 14 Novembre 1918 — Quest'oggi il P. è uscito dal Neurocomio con gli altri militari degenti i quali si son recati in Piazza del Quirinale, portando rami d'alloro e fiori per rendere omaggio a S. M. Vittorio Emmanuele III. reduce vittorioso della guerra. La gran folla festante nelle vie, piena d'esultanza per la vittoria e di entusiasmo riconoscente verso il Re: tutto questo produsse tanta e tanta viva impressione sul sergente Pandolfi che all' improvviso con meraviglia degli stessi suoi compagni egli pure gridò con voce chiara: « Viva il Re ». Da quel momento il Pandolfi ha riacquistato l'udito e la favella. Per farsi comprendere da lui però gli si deve parlare a voce un po' alta ed egli nel parlare presenta balbuzie (inceppamenti iniziali) e scandimento. Il respiro nel parlare è un po' superficiale, frequente ed irregolare.

Status 15 Novembre 1918 — Il P. la mattina appresso ha riacquitsato completamente l'udito e la favella ed esce guarito con una licenza di 3 mesi.

OSSERVAZIONE 41.

R. C., a. 29, soldato, contadino, analfabeta. Il P. entra nel Manicomio di S. M. della Pietà con uno stato depressivo. Non si ha quindi nessuna notizia anamnestica, nè indiretta nè diretta a causa del sordomutismo in unanalfabeta. Si sa soltanto che egli proviene dalla zona

di guerra. Non presenta alcuna ferita esterna. Prima di uscire dal Manicomio il P. fa capire per mezzo della mimica che egli non ha riportato alcun trauma fisico in zona di guerra.

Status 25 Agosto 1918 — Sta tutto il giorno con la faccia rivolta al suolo senza profferire parola, ha delle ansie. Originaria timidità dell' individuo che risulta dalle manifestazioni mimiche che sono scarse. Esiste uno stato ansioso con aumentata frequenza del polso e manifestazioni respiratorie classiche del dolore pauroso: respiro con piccole pause come accade nelle grafiche dei tracciati di individui impauriti. Contegno stereotipo. Mutacismo. Negativismo. A tratti piccoli segni di impazienza e di noncuranza alzando le spalle. Si conclude per un mutismo volontario dato da uno stato fobico fondamentale. Diagnosi: Depressione angosciosa. Dopo circa un mese l'ansia scomparve. Rimase il sordomutismo con caratteri isterici. Il P. è tranquillo, non presenta più disturbi psichici apprezzabili, fa capire coi gesti i suoi desiderii, è attivo, intelligente e lavora con assiduità. Presenta amnesia completa (antero - e retrograda).

Esame neurologico (20 Dicembre 1918) — Oculomozione normale. Integro il VII. superiore. Il VII. inferiore si contrae molto meglio a sinistra che a destra. Il P. non può fischiare nè dare baci. La lingua non è deviata, ma non può essere sporta oltre l'arcata dentaria ed è quasi immobile in altre direzioni. I movimenti passivi della lingua offrono una resistenza che si riesce a vincere. L'apertura della bocca è limitata (attivamente e passivamente). L'ugola devia verso sinistra, il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione nè della masticazione. Il P. non è in grado di emettere alcun suono articolato nè inarticolato (mutismo ed afonia completa). Tossisce e ride con voce afona. Il pellicciaio è bene mobile d'ambo i lati. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori, manifesti tremori a mani protese. *Riflessi:* iridei presenti, tendinei superiori vivaci, rotulei ed achillei vivaci, addominali e cremasterici idem, faringeo debole, corneali ed auricolari assenti. *Sensibilità:* ipoestesia globale generale. *Visus:* = 1 d'ambo i lati. Non si può praticare l'esame del campo visivo perchè il P. non riesce a comprendere il significato della manovra. Udito: sordità totale bilaterale. Riflesso cochleo - palpebrale presente. Il P. esegue prontamente ogni comando (per via mimica). E' analfabeta. Non sa leggere sulle labbra dell' interlocutore. Esame laringoscopico (Prof. De Carli): buona motilità delle corde vocali (il P. non esegue alcun tentativo di fonazione). Accentuata ipoestesia del faringe e del laringe. Esame otoscopico negativo; notasi soltanto una anestesia della membrana timpanica, bilaterale.

Status 24 Dicembre 1918 — Il P. viene dimesso dal Manicomio in condizioni invariate. Non mi è stato possibile di seguire l'ulteriore decorso del sordomutismo.

OSSERVAZIONE 42.

N. C., a. 29, soldato, muratore. Nulla nel gentilizio remoto. Padre morto nel Manicomio. In tenera età soffrì di convulsioni (eclampsia infantium . La notte del 7 Maggio 1916, trovandosi in linea di combattimento, fu travolto dallo scoppio d' una granata, perdette i sensi cadendo a terra, ed ebbe epistassi ed otorragia. Ricoverato in stato stuporoso in un Ospedaletto da Campo, dopo circa un mese riacquistò la coscienza, ma non l'udito e la favella. L'esame otoscopico praticato nel Maggio 1917 all'Ospedale Principe di Napoli (Prof. Mancioli) riuscì negativo e per conseguenza il P. fn trasfertto a Villa Wurts.

Status 1 Luglio 1917 — Oculomozione normale. Nulla al VII superiore. Forte limitazione dei movimenti delle labbra e degli angoli labiali che sono quasi aboliti; il P. non è capace nè fischiare, nè dare baci. La lingua è quasi immobile e con grande sforzo il P. riesce ad eseguire un accenno al movimento di protrusione. Cercando passivamente di tirare la lingua fuori dalla cavità orale s' incontra una resistenza molto forte che si riesce a vincere solo in parte. L'apertura della bocca è incompleta, anche il movimento passivo dell'apertura della bocca offre una resistenza superiore alla norma che si riesce a vincere quasi completamente. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione, nè della masticazione. Il P. non è capace di emettere alcun suono articolato, nè inarticolato. Tossisce con voce afona. Nei tentativi di fonazione si osserva una spiccata incoordinazione tra i movimenti fonatorii e respiratorii ed incapacità di eseguire il respiro addominale normale. Il pellicciaio si contrae bene d'ambo i lati. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori. A mani protese spiccati tremori vibratorii.

Riflessi: iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivacissimi, alluci plantari, corneali e congiuntivali presenti, faringeo presente, auricolari deboli. Dermografismo pronto e persistente.

Sensibilità tattile, termica e dolorifica normale.

Visus = 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo normale. Udito: sordità totale bilaterale. Riflesso cochleo - palpebrale presente. Spiccata ipoestesia della membrana del timpano d'ambo i lati. Gusto ed olfatto normali. Il P. esegue prontamente ogni comando che legge sulle labbra dell'esaminatore con una rapidità sorprendente. La lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: l'espressione della faccia è depressa, triste, la mimica è scarsa. Il P. tiene un contegno calmo, cerca la solitudine, fugge i compagni, guarda nel vuoto. Presenta una grave amnesia lacunare antero - retrograda per i fatti post - traumatici. Non è disorientato. La percezione è lenta, l'attenzione labile. Non

manifesta desiderii intensi. Si emoziona con grande facilità. In complesso si tratta di un soggetto fobico con idee a tipo squisitamente ipocondriaco.

Status 15 Settembre 1917 — Durante la degenza nel Neurocomio il P. è andato rapidamente migliorando, con le opportune cure psico-ed elettroterapiche e con la rieducazione del respiro. Dapprima è scomparsa la sordità, dopo qualche giorno il P. con voce afona riuscì a dire parole mono - e bisillabi. Verso la fine di Agorto ripeteva bene e con voce chiara anche parole polisillabi. Persistendo i disturbi psichici sebbene attenuati si propone per una licenza di 3 mesi.

Status 25 Settembre 1917 — Esce guarito dal sordomutismo.

OSSERVAZIONE 43.

M. D., a. 19, contadino, soldato, Nega lues, non beve, fuma 3 sigarette al giorno. Ha goduto sempre ottima salute. Il giorno 4 Dicembre 1917 mentre si trovava sulla collina del lazzaretto per lo scoppio di una granata a circa 4 metri di distanza. riportò una forta emozione, fu sepolto e perdette la coscienza non sa dire per quanto tempo. Raccolto subito dopo, fu condotto all'ospedale di Bassano, dove riacquistati i sensi s'accorse di essere diventato sordomuto.

Status 4 Gennaio 1918 — Oculomozione normale. Si nota frequente ammiccamento, impossibilità dei globi oculari di rimanere fermi in un punto, spiccati tremori palpebrali nell'atto di chiusura degli occhi. Ipotonia del VII. inferiore di destra. La lingua non può essere sporta dalla bocca che molto limitatamente ed in modo incompleto, dimodochè essa non oltrepassa che di un centimetro l'arcata dentaria inferiore, contemporaneamente essa viene leggermente accartocciata. La lingua è agitata da tremori diffusi, non devia da nessun lato, nè quando è sporta dalla bocca, nè allo stato di riposo. Invitato il P. di accartocciarla, di rovesciarla all' indietro o di metterla in punta egli non vi riesce affatto; invitato invece a toccarsi con la punta della lingua l'ultimo dente egli riesce a S. fino al primo molare, a D. fino al primo premolare. Soltanto, dnrante tutti questi movimenti si osserva che la lingua è agitata da tremori ad oscillazioni grossolane in direzione del movimento da eseguirsi. Il velopendolo è bene mobile, l'ugola devia verso destra. Il P. è incapace di aprire completamente la bocca ed aggiunge che nel mangiare è impedito dall' impossibilità di muovere liberamente la lingua. Inoltre egli avverte difficoltà della deglutizione consistente in un senso di costrizione alla gola. Il P. non è capace di pronunziare nessuna parola, nè di emettere alcun suono articolato. Egli può, però, tossire; i colpi di tosse imitano la tosse canina. Il pellicciaio si contrae bene d'ambo i lati. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori.

Riflessi: Iridei pronti, tendinei superiori presenti, più vivi a d. Rotulei e achillei, alluci plantari pronti d'ambo i lati, non Babinski. Vivacissimi gli addominali e i cremasterici; faringeo pronto a S debole a D., corneali, congiuntivali ed auricolari assenti d'ambo i lati. *Sensibilità:* Si nota una emipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica destra (comprese la lingua e la mucosa buccale). La batiestesia alquanto incerta nelle dita del piede destro. *Visus:* a S. = 0.75, a D. = 0.25. Non discromatopsia: Campo visivo ristretto bilateralmente più a S. Udito: Abolito completamente a D.: a S. l'orologio, il fischio di Galton ed il diapason vibrante vengono percepiti soltanto in immediata vicinanza dell'orecchio. La voce afona non viene percepita, soltanto gridandogli a squarciagola egli comprende le parole. Gusto ed olfatto: Aboliti a D., conservati a S. Il P. eseguisce tutti i comandi correttamente; non esiste alcun disturbo della lettura, nè della scrittura. Esame psichico: Il P. all'entrata nell'ospedale era in uno stato stuporoso, guardava nel vuoto oppure per terra, era immobile, disorientato rispetto il tempo, il luogo e le persone; non chiedeva neanche il cibo. Dopo 45 giorni lo stato stuporoso scomparve e si trasformò in uno stato depressivo. Il P. è attualmente apatico, si muove con lentezza, ha la mimica scarsa, abbassa spesso gli occhi, tende al pianto, si emoziona con facilità, la sua volontà è evidentemente affievolita. In complesso si tratta di un soggetto fobico. Polso 72, uguale, ritmico a pressione media.

Esame otoscopico: negativo. Riflesso cochleo - palpebrale presente d'ambo i lati, più evidente a sinistra. Anestesia della membrana del timpano d'ambo i lati. Weber lateralizzato a sinistra. Rinne a D. ove è abolita la percezione per via area e per via ossea. *Esame laringoscopico:* negativo. Ipoestesia nella metà destra del vestibolo e del laringe.

Status 15 Gennaio 1918 — Il P. ha fatto la prima applicazione alla Franklin sulla lingua e sulla faccia (gli fu precedentemente detto che avrebbe con questo procedimento riacquistato subito la parola); dopo qualche minuto il P. ha incominciato ad emettere qualche suono articolato, contemporaneamente sono divenuti possibili e completi tutti i movimenti della lingua. Normale il VII. inferiore di D. Alla fine della seduta il P. era in grado di ripetere (scandendo) con voce afona quasi tutte le parole non in modo perfetto, ma comprensibile (V. sotto). La sera stessa egli poteva pronunciare anche spontaneamente alcune parole con voce bassa.

Status 28 I. 18 — Il P. ha continuato la cura della franklinizzazione. Sono scomparsi i disturbi della deglutizione. La sordità è quasi scomparsa, persiste lieve ipoacusia destra. All'esame dell'apparecchio periferico del linguaggio si rileva:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Il respiro non è rumoroso, ma è piuttosto frequente e superficiale. Facendo contare il P. da 1 a 28 si contano circa 15 inspirazioni (talvolta per

ogni numero una inspirazione). L'espirazione bisbigliata (vocale a) è diminuita nella sua durata (8 - 10''), così pure quella chiara (11 - 12''). L'espirazione è abbastanza uniforme. Le pause respiratorie sono talvolta abbreviate.

b) esame della voce: la voce é un pò bassa, il canto non è possibile. Il P. esegue bene l'attacco dolce ed aspro, non quello duro.

c) esame dell'articolazione: la parola è lenta, scandita, (bradiartria). Si nota inoltre una evidente disartria litterale con pronunzia difettosa del *b* e *p* (betacismo), *d* e *t* (gammacismo), *g* (gammacismo). La pronuncia del *r* è nasale (*r* francese). Le consonanti *c*, *k* e *l* non vengono affatto pronunziate.

Status 15 II. 18 — Il P. parla con una voce normale, sempre però con i denti stretti e scandendo.

Status 12 II. 18 — Esce guarito.

Osservazione 44.

A. S., a. 23, sottotenente nel reparto arditi. Non ha alcuna tara ereditaria nè familiare. Non è stato mai nervoso. Nell'agosto 1916 durante la presa di Gorizia riportò varie contusioni su tutto il corpo ed al capo; queste ultime specie gli procurarono disturbi di mente con amnesia insistente, ed inceppamento della favella di cui però in seguito guarì. — Durante tutto il periodo della guerra ha provato forti emozioni e nei varii episodi cui prese parte riportò gravi impressioni che eccitarono il sistema nervoso. Il giorno 23 Maggio 1917 comandato all'assalto per la presa di Selo (Hermada) per lo scoppio di una bombarda di grosso calibro fu lanciato in aria, sbattuto contro i sassi e perdette la conoscenza. Estratto da sotto le macerie dopo circa 2 ore gli furono riscontrate gravi contusioni alla testa, al torace ed al ginocchio destro. Da quel giorno ebbe perdita completa della favella, sordità con paracusie (ronzio), amnesie e confusionismo. Nelle notti seguenti molestato da insonnia ebbe degli scatti nervosi che non seppe spiegare. Ebbe accessi febbrili, forti dolori di testa sul lato destro dove ha agito il trauma; allucinazioni uditive e scatti nervosi accompagnati da lunghissime risate spasmodiche e pianto dirotto, forte formicolìo alle mani ed ai piedi. Era inoltre muto, con forte diminuzione dell'udito e paracusie. Il 1 gennaio 1918 venne trasferito all'ospedale principale di Palermo, ove all'esame obbiettivo si riscontrò quanto appresso: Nello stato attuale si è quasi ristabilita la funzione dell'organo uditivo, salvo frequenti ronzii; per quanto riguarda la parola invece, in minima parte e con qualche stento incomincia a balbettare le prime parole ipofoniche ed incomplete. Nel mese di Luglio 1918 dopo aver fatte cure galvano - faradiche venne trasferito a Roma (villa Wurts).

Status 18 Luglio 1918. Oculomozione normale. Non Graefe. Nulla al VII. Non Chvostek. La lingua tremula non devia ed è libera in tutte le

direzioni. L'apertura della bocca è completa. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione. All'esame dell'apparecchio periferico del linguaggio si nota:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare l'inspirazione non è rumorosa, si effettua per via boccale ed è frequente: l'espirazione viene talvolta bruscamente interrotta (durante gli accessi delle balbuzie). Facendo contare il P. da 1 a 28 si contano circa 8 inspirazioni (talvolta per ogni numero una ispirazione). L'espirazione bisbigliata (vocale a) dura 6 - 8'', quella chiara 10 - 12''. É da notare che le pause tra l'in ed espirazione sono irregolari per lo più brevi;

b) esame della voce: la voce è chiara, il canto va bene (le balbuzie diminuiscono nel cantare). I tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene, l'attacco duro è talvolta unito a quello aspro e viene per lo più adoperato dal P.;

c) esame dell'articolazione: Il P. parla lentamente, si notano balbuzie evidenti in forma di esitazioni iniziali, impuntamenti, inceppamenti e ripetizioni sillabari, talvolta delle vocali e consonanti. Non si notano embolofrasie, vi è invece qualche elisione litterale o sillabare. Scarsi i movimenti associati del capo. Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. A mani protese in atto di chi giura spiccati tremori vibratorii a rapide scosse. *Riflessi*: iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivacissimi, alluci plantari, addominali e cremasterici presenti, corneali e congiuntivali pronti, faringeo presente,. Dermografismo pronto e persistente. Sensibità: tattile, termica, dolorifica e pallestetica normale. Ipoalgesia sulla lingua. Batiestesia e stereognosi normale. Visus — 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto bilateralmente. Udito: ipoacusia destra. Gusto ed olfatto normali. Il P. esegue prontamente ogni comando. La lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: l'espressione del volto è un pò depressa, la mimica molto vivace. L'attenzione buona, La percezione pronta. È bene orientato rispetto il luogo, il tempo e le persone. La memoria presenta una lacuna per i fatti immediatamente successivi al trauma. Manifesta intenso desiderio di guarire rapidamente e di ritornare al fronte. Si nota una facile emozionabilità con intensi fenomeni vasomotorii. In complesso si tratta di un carattere ardito ed emotivo. Polso 90, uguale ritmico a pressione media. Labilità della funzione cardiaca. Esame laringoscopico (Prof. Mancioli): movimenti coreici delle corde vocali, nulla a carico della motilità e della sensibilità.

Status 10 Agosto 18. Esce in condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 45.

V. N., a. 28, soldato, contadino. Nulla nell'amnesi remota. Eredità neuropatica negativa. Il 28 giugno 1916 a S. Michele per scoppio di granata perdette i sensi, Riavutosi s'accorse che non sentiva e non po-

teva parlare: cosicchè rimase per 17 ore sotto le macerie senza potere invocare l'aiuto. Avvertiva inoltre paracusie in forma di rumori da scoppio, insonnia ed inappetenza. Ha notato anche che non poteva muovere la lingua affatto e non poteva ingerire i cibi solidi, mentre i liquidi passavano liberamente .Ha perduto, infine, la memoria per i fatti successivi al trauma. Ha fatto applicazioni elettrofaradiche all'Ospedale sordomuti (Roma) dove ha riacquistato l'udito e la favella parlando dapprima con voce afona, poi con voce articolata balbettando.

Status 8 Maggio 1918. — Oculomozione normale, Non Graefe nè Chvostek. Nulla al VII. La lingua è agitata da tremori diffusi e grossolani e talvolta da movimenti coreiformi; è libera in tutte le direzioni. L'apertura della bocca è completa. Il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione. All'esame dell'apparecchio periferico del linguaggio si nota:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare si osserva che l' inspirazione è frequente e superficiale, si effettua per via boccale, non è rumorosa.- Facendo contare il P. da 1 a 28 egli esegue circa 11 inspirazioni (talvolta per ogni numero una inspirazione). L'espirazione bisbigliata (vocale a) dura 7 — 9 ", quella chiara 10 — 12 ". Le pause tra l' in - ed espirazione sono irregolari.

b) esame della voce: la voce è chiara, il canto va bene (persistono le balbuzie), i tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene: il P. si serve dell'attacco duro, qualche volta di quello dolce insieme a quello aspro.

c) esame dell'articolazione: si notano balbuzie in forma di impuntamenti iniziali, inceppamenti e ripetizione delle sillabe, delle consonanti e delle vocali. Esiste qualche raddolcimento. Non embolofrasie. Persistenti movimenti associati con la mano destra.

Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori: a mani protese spiccati tremori a rapide scosse: *Riflessi:* iridei pronti, tendinei superiori vivaci, rotulei ed achillei pronti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivacissimi, corneali e congiuntivali presenti, faringeo pronto. Dermografismo non molto pronto, ma persistente. Sensibilità: Emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica a S. Batiestesia in ordine. La sensibilità sulla lingua è bene conservata. Visus: — 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Il campo visivo è ristretto d'ambo i lati concentricamente più a d. Udito, gusto ed olfatto diminuito a S. Il P. esegue tutti i comandi; la lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: Umore mutevole colle variazioni atmosferiche; è bene orientato rispetto il luogo, il tempo e le persone: la percezione è buona, l'attenzione vigile, la memoria è fedele, eccetto che per i fatti succeduti al trauma, (amnesia lacunare antero - retrograda); Non manifesta dei desiderii molto intensi. Il P. non si emoziona facilmente nè ha un affettività esagerata. Non esiste suggestionabilità patologica. In complesso si tratta di un carattere fobico.

Status 15 Maggio 1918. Il P. è sempre balbuziente (rapida esplosione delle sillabe e balbuzie a ripetizione). Riesce qualche volta a pronunziare le parole senza balbettare.

Status 15 Agosto 1918. Esce in condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 46.

P. G, a. 41, soldato, macellaio (analfabeta). Nel gennaio 1918, in batteria, nel Trentino, fu travolto e seppellito per esplosione di granata e rimase privo della favella e dell'udito.

Status 1. Luglio 1918. — Oculomozione normale. Esoftalmo bilaterale. Graefe positivo. Nulla al VII. Chvosteck negativo. La lingua può essere protrusa completamente dalla bocca, non è deviata, è tremula. I movimenti passivi della lingua sono tutti possibili e completi e non offrono resistenze abnormi, quelli attivi sono anch'essi possibili ma incompleti; talvolta si notano dei movimenti involontarii ed incoordinati (coreiformi) oppure dei movimenti opposti a quelli che vengono comandati L'apertura della bocca è completa. Non esistono disturbi della deglutizione nè della masticazione. Il P. non riesce a pronunziare che qualche parola mono-o bisillabica, con voce afona e talvolta balbettando (rapida esplosione delle sillabe e ripetizione sillabare e delle consonanti). Tossisce con voce afona. I movimenti respiratorii sono disordinati e la emissione delle sillabe è possibile soltanto con speciale richiamo sulla coordinazione dei detti movimenti. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. A mani protese spiccati tremori vibratorii a rapide oscillazioni; talvolta i tremori si diffondono agli arti inferiori ed a tutto il corpo. Riflessi: iridei pronti. tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivaci, alluci plantari, mandibolare presenti, addominali e cremasterici vivaci, corneale assente a sinistra, presente a destra. auricolare manca d'ambo i lati. Faringeo presente. Dermografismo tardivo e persistente. Sensibilità: emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica sinistra. Analgesia completa della lingua. Batiestesia e stereognosi normale Visus = 1|6 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto notevolmente d'ambo i lati. Udito; fischio di Galton, orologio e diapason percepiti poco d'ambo i lati; più a destra. La voce afona e la voce conversata vengono anch'esse percepite. È necessario però più volte ripetere a voce alta le parole perchè il P. comprenda il loro significato. Olfatto e gusto diminuiti a S. Il P. esegue ogni comando. Esame psichico: L'espressione del volto è depressa, la mimica vivace. La percezione è un po' lenta, l'attenzione scarsa. È bene orientato rispetto il tempo, il luogo e le persone che lo circondano, La memoria è infedele. Non manifesta desiderii molto intensi, però vorrebbe guarire presto e rivedere la famiglia. Si emoziona facilmente e piange con facilitá. In complesso si tratta di un soggetto fobico.

Esame laringoscopico: movimenti coreici delle corde vocali ed atassia delle medesime. Sensibilità del vestibolo e del laringe normale. Esame otoscopico: tolto il cerume, orecchio normale d'ambo i lati.

Status 15 Luglio 1918. I movimenti respiratorii sono sempre difficili, incoordinati e molto irregolari, specialmente difficili (nel parlare) sono al P. i movimenti addominali che sono necessarii alla fonazione. Per mettere meglio in evidenza tali disturbi si procede alla grafica del respiro addominale (V. pneumogramma Tavola II.) dal quale risulta:

a) allo stato di riposo (due grafiche superiori fino al c): si nota che all'inizio della grafica il P. soltanto ogni 8-10 „ secondi fa 2-3 inspirazioni addominali interrotte da pause respiratorie di varia durata. Mano a mano che la grafica procede la respirazione diventa quasi esclusivamente addominale, di tanto in tanto si notano però ancora dei brevi periodi di respirazione esclusivamente toracica. Il respiro è in sommo grado irregolare, non uniforme, le inspirazioni sono molto frequenti ora brevi superficiali, ora un po' più lunghe e profonde; la espirazione anche essa in genere è rapida, talvolta un po' più lunga e fatta in due tempi: le pause respiratorie sono brevi, talvolta abolite. Frequenza del respiro circa 35 respiri al m'.

b) nel pronunciare la sillaba pa (c-d-e): in questo tentativo si nota che il P. in primo tempo fa una inspirazione toracica pura (manca nel pneumogramma qualsiasi segna di questa) poi esegue due respiri addominali superficialissimi (tendenza a parlare senza aria nei polmoni) con breve intervallo e di nuovo ricorre alla respirazione puramente toracica, tendendo a parlare anche in inspirazione; soltanto dopo un energico richiamo egli riprende la respirazione addominale ed esegue tre inspirazioni abbastanza regolari ma frequenti; ne segue un'altra fatta in 2 tempi senza intervallo un po' più profonda delle altre, la successiva inspirazione è uguale alle prime tre, dopo la quale il P. esegue un'altra inspirazione quasi esclusivamente toracica alla quale subito aggiunge una inspirazione superficiale addominale. Egli tende ora ad approfondire il respiro ed esegue una profonda inspirazione con una espirazione abbastanza lenta ma dopo questa (unico ed isolato esempio di una respirazione che si avvicina a quella normale) le successive inspirazioni diminuiscono di profondità. Successivamente (e) egli esegue di nuovo una profonda inspirazione in 2 tempi con una unica rapida espirazione alla quale segue senza intervallo un'altra inspirazione (metà circa della precedente); poi il respiro per circa 6'' si fa esclusivamente toracico cui seguono altre fasi di respirazione irregolare mista ora toracica ora addominale.

c) nel pronunciare il proprio nome (che egli pronuncia balbettando) si nota subito all'inizio una serie di 4 rapide in - ed espirazioni senza pausa respiratoria. ne seguono altre 5 inspirazioni fatte ad intervalli di 2 - 3'': nel ripetere per la seconda volta il proprio nome (g)

si nota una prima inspirazione superficiale cui segue un'altra più profonda (senza pausa) ed un'espirazione non uniforme dapprima rapida poi un po' più lenta cui seguono altre 6 frequenti inspirazioni con rapide espirazioni. Nel terzo tentativo infine (h) si nota una prima inspirazione superficiale, cui dopo una pausa di 1|2'' segue un'altra inspirazione un po' più profonda con una espirazione un po' lenta; successivamente il P. esegue altre 3 inspirazioni non molto profonde con brevi intervalli e rapide espirazioni; alla fine si notano altre inspirazioni uguali alle precedenti con delle pause respiratorie molto variabili.

Status 25 Luglio 1918. Il P. esce in condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 47.

G. M., a. 25, soldato, contadino. Nulla dal lato ereditario. Ha sempre goduto buona salute.

Il giorno 21 Luglio 1917 nei pressi di Hermada fu ferito da pallottola di shrapnell alla spalla sinistra. Dopo ferito ha perduto la coscienza che riacquistò dopo qualche ora e subito dopo s'accorse di non poter parlare e di non udire nulla. Il 4 settembre 1917 fu trasferito all'Ospedale Massimo di Roma, ove stette per due mesi circa: quivi fu sottoposto all'eteronarcosi con completo insuccesso. Il 30 ottobre 1917 fu inviato all'Ospedale Principe di Napoli, dove all'esame laringo -ed otoscopico non fu riscontrata alcuna lesione organica (Prof. Mancioli), si notò invece a carico della laringe una paresi degli adduttori ed ipoestesia della membrana del timpano d'ambo i lati.

Status 4. XII. 17. Oculomozione normale. Nulla al VII. La lingua non può essere protrusa che molto limitatamente; sono incompleti pure tutti gli altri suoi movimenti. L'apertura della bocca è incompleta. Il velopendolo è bene mobile. Nessun disturbo della deglutizione, nè della masticazione. Il P. non è capace di emettere alcun suono articolato nè inarticolato. Tossisce con voce afona. Nei tentativi di fonazione si osserva che il P. non è capace di eseguire le profonde inspirazioni coll'addome che normalmente si eseguono nel parlare. Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: iridei pronti, rotulei ed achillei presenti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, faringeo debole. corneali e congiuntivali pronti, auricolari assenti. Sensibilità tattile termica e dolorifica normale (anche sulla lingua). Sensi specifici in ordine ad eccezione dell'udito che è completamente abolito d'ambo i lati. Riflesso cochleo-palpebrale presente d'ambo i lati. Il P. esegue prontamente i comandi che legge rapidamente sulle labbra di chi comanda. Chiudendogli le orecchie ciò non ha più luogo. La lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: l'espressione della faccia è depressa, la mimica piuttosto vivace, è bene

orientato rispetto al tempo al luogo ed alle persone che lo circondano, la percezione è rapida, l'attenzione buona, la memoria fedele, la volontà affievolita, facile emozionabilità. In complesso si tratta di un soggetto fobico. Polso di media frequenza ed altezza.

Status 29. XII. 17. All'inizio della cura il P. non parlava affatto e non sentiva nulla. Con le opportune cure psico-ed elettroterapiche e sopratutto con la rieducazione del respiro il P. dopo 5 giorni era capace di pronunciare le vocali con voce afona, pur essendo il respiro frequente, irregolare, poco economico, superficiale. Da allora in poi la sordità è andata rapidamente scomparendo: l'udito ritornò dapprima a destra per i rumori forti, suoni acuti ed alcuni rumori deboli (diapason, orologio); in seguito a destra per le parole, dopo qualche giorno anche a sinistra con la stessa successione. Dopo altri 10 giorni della cura il P. ripeteva scandendo con voce abbastanza chiara parole mono-e bisillabi.

Status 5 I. 18. Il P. esce completamente guarito dal sordomutismo.

OSSERVAZIONE 48.

S. S., a. 34, soldato, contadino. Proviene dal siluramento del piroscafo ,, Verona ''. Accenna che prima del siluramento del piroscafo stava bene e che dopò il naufragio avvertì contemporaneamente la perdita della favella e notevole diminuzione dell'udito. All'atto del siluramento ebbe come un fremito, una scossa generale e perdette la conoscenza (non sa dire per quanto tempo).

Status 13 XI. 18. Oculomozione normale. Non esiste segno di Graefe. La costrizione delle palpebre è buona d'ambo i lati. Il P. non può fischiare nê dare baci. Nell'atto di digrignare i denti si osserva che egli stira un pò meglio l'angolo labiale di destra e che questo tende ad abbassarsi prima del sinistro. Invitato il P. a chiudere la bocca con tutta la forza si nota che per divaricare le labbra è necessaria maggiore forza a sinistra. Non esiste segno del pellicciaio. La lingua può essere talvolta protrusa quasi al completo, talvolta invece soltanto fino al labbro inferiore, gli altri movimenti della lingua tutti possibili e limitati eccetto quelli di accartocciarla e di metterla in punta che sono aboliti. Si osserva che tutti i movimenti della lingua sono pesanti, lenti e talvolta incoerenti. I movimenti passivi della lingua sono tutti possibili e completi ed offrono una resistenza che si riesce a vincere. L'apertura della bocca è incompleta, anche il movimento passivo dell'apertura della bocca è limitato come quello attivo ed offre una resistenza che si riesce a vincere soltanto con l'apri-bocca e provocando dolore. L'ugola non è deviata, il velopendolo bene mobile. Non disturbi della deglutizione, nè della masticazione. Il P. non è in grado di emettere alcun suono articolato nè inarticolato. Tossisce con voce afona. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli

arti superiori ed inferiori. *Riflessi:* iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei pronti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, corneali e congiuntivali torpidi, mandibolare debole, faringeo assente, auricolari assenti. Dermografismo poco pronto e fugace. Esagerata l'eccitabilità idiomuscolare (a scosse rapide). Sensibilità: emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica destra. Emiipoalgesia sulla lingua e sulla mucosa boccale a destra. Ipoalgesia del condotto uditivo esterno di destra. Batiestesia e stereognosi normale. Visus — 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente d'ambo i lati più a destra. Udito: diminuito d'ambo i lati, più a destra. Odorato: distingue pochissimo e non differenzia gli odori d'ambo i lati. Gusto: emiipogeusia destra. Il P. esegue prontamente ogni comando. Legge con una certa lentezza, ma non esiste alcun disturbo della lettura, ottima è la scrittura. *Esame psichico:* l'espressione della faccia è quella di un uomo malcontento, sofferente e preoccupato, quasi sempre depresso. La mimica è abbastanza vivace ed espressiva. I sentimenti familiari sono vivi; dice che è di malumore perchè pensa sempre alla famiglia, ed esprime la sua felicità se potrà riprendere completamente la parola. Non ha disturbi della percezione, l'attenzione è uu pò labile, l'onirismo marcatissimo; il sonno è conturbato da sussulti e da risvegli paurosi; sogna sempre il siluramento della nave. Non è disordinato, ricorda bene i fatti passati e recenti (eccetto il periodo in cui ha perduta la coscienza) è sempre concentrato per tutto quanto riguarda il suo mondo interiore, sta quasi sempre appartato e solitario. Non vi sono disturbi dell' ideazione. È ipobulico. Dice che sente più affetto alla famiglia adesso, di prima. I più piccoli rumori destano in lui sussulti e cardiopalmo e talvolta lo si vede in preda ad ansie. Si suscitano in lui emozioni facili con reazioni vasomotorie intense. In complesso si tratta di un soggetto fobico. Polso 72 uguale ritmico a pressione media. Comprimendo i globi oculari non si ottiene nessuna modificazione del polso. Esame laringoscopico: normale la mobilità e la sensibilità delle corde vocali.

Status 24 Novembre 1918. Quando era muto completamente i movimenti respiratorii erano disordinati. Attualmente pronunnzia (in seguito alla rieducazione del respiro) a voce afona vocali e consonanti. Ancora non coordina bene i movimenti respiratorii con quelli fonatorii: le parole monosillabi vengono pronunziate alla fine dell' inspirazione. Nel parlare egli inala una scarsa quantità dell' aria (respiro superficiale a prevalenza toracico).

Status 30 Novembre 1918. Persistendo la diminuzione dell' udito si pratica l'esame otoscopico (Prof. Mancioli): a sinistra: cerume. a destra: membrana infossata ma trasparente, cono luminoso ridotto, iperemia del martello. In complesso si tratta di otite catarrale media cronica. Weber lateralizzato a destra. Rinne invertito d'ambo i lati. Tolto il cerume, udito normale a sinistra. Lieve ipoacusia destra.

Meglio interrogato il P. racconta che prima era sordo completamente d'ambo i lati. Nel riacquistare l'udito ha notato di aver inteso prima i rumori grossolani. poi la voce parlata ed i rumori fini. Persistono l'afonia e la parola scandita. I movimenti respiratorii sono molto più coordinati e regolari, I movimenti della lingua e l'apertura della bocca sono normali, persiste invece la paresi del VII inferiore di destra.

Status 1 Dicembre 1918. Riesce talvolta a parlare a voce bassa; del resto persistono l'afonia e lo scandimento. È scomparsa la paresi del VII inferiore di destra.

OSSERVAZIONE 49.

P. L. a. 20, soldato, contadino, (analfabeta). Il P. riferisce che nei primi di ottobre 1918 mentre procedeva in compagnia sopra un carro, cadde accidentalmente producendosi delle contusioni per cui al momento dichiarò al suo comandante che non poteva proseguire più oltre. Il tenente lo sgridò e lo prese evidentemente per un volgare simulatore perchè gli puntò addosso una rivoltella carica. Il P. in seguito allo spavento lì per lì perdette i sensi ed al risveglio si accorse di non poter parlare e di non sentire nulla.

Status 20 Dicembre 1918. — Oculomozione normale. Nulla al VII superiore. Lieve paresi del VII inferiore di destra. Presente il segno orbiculo - labiale a D. Non riesce a fischiare. La lingua allo stato di riposo devia leggermente verso destra, non può essere protrusa completamente, e sono limitati tutti gli altri suoi movimenti attivi. Sono normali invece i movimenti passivi. Normali i movimenti attivi e passivi della mandibola. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione nè della masticazione. Il P. non riesce ad emettere alcun suono articolato, nè inarticolato; però tossisce con voce chiara. Non riesce a ridere forte. Il pellicciaio è bene mobile d'ambo i lati. Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. *Riflessi:* iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivaci uguali d'ambo i lati, addominali e cremasterici vivacissimi, corneali e congiuntivali presenti, faringeo ed auricolari assenti. Sensibilità: emipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica destra. Batiestesia e stereognosi normale. Analgesia completa della lingua e della mucosa boccale. Visus 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente d'ambo i lati Udito: a destra: percepisce soltanto i rumori forti, fischio di Galton, campanello, ecc. non le parole neanche gridandogli a squarciagola nell'orecchio: a sinistra percepisce i rumori forti ed anche le parole pronunciate a voce alta in vicinanza dell'orecchio. Il diapason, l'orologio e la voce afona non vengono percepiti d'ambo i lati. Weber laterizzato a S. Gusto ed olfatto normali. Il P. esegue prontamente ogni comando e legge con una rapidità sorprendente le parole sulle labbra dell'osservatore. Esame psichico: l'e-

spressione della faccia è indifferente, la mimica è molto vivace ed espressiva. Il P. è bene orientato rispetto al tempo, al luogo ed alle persone che lo circondano. La percezione è pronta, buona è l'attenzione. La memoria è fedele. Facile emotività con intensi fenomeni vasomotorii. In complesso si tratta di un carattere fobico. Polso 72 uguale ritmico a pressione media. Esame laringoscopico: corde vocali quasi immobili in posizione tra ad - ed abduzione (posizione cadaverica) d'ambo i lati. Anestesia completa del vestibolo e del laringe. Esame otoscopio: cerume d'ambo i lati, anestesia della membrana del timpano d'ambo i lati.

Status 10 gennaio 1919. Tolto il cerume l'udito è ritornato normale. In seguito alle cure di rieducazione del respiro, psico - ed elettro terapiche riesce attualmente a pronunziare parole mono - e bisillabe con voce afona. Normali i movimenti della lingua. Scomparsa la paresi del VII inf. di D.

OSSERVAZIONE 50.

M. C., a. 30, soldato, contadino. Nega lues, Non bevitore. È stato sempre bene e non è nervoso. Il 19 agosto 1917 sul Col di Lana in seguito allo scoppio di una granata, fu sepolto sotto le macerie ove rimase circa un'ora e mezza privo di coscienza. Per la forte emozione subìta, lì per lì perdette completamente l'udito ed in parte la favella (poteva emettere balbettando qualche parola): ma dopo essere stato liberato dalle macerie rimase così ossessionato dalla disgrazia avuta che dopo 5 giorni perdette completamente pure la favella. Avvertiva inoltre un senso di globo faringeo, stiramenti alla gamba sinistra e s'accorse di non sentire nessuno stimolo dolorifico in tutto il corpo tanto è vero che egli invitava i medici ed i compagni a tirargli con tutta la forza i capelli, senza avvertire alcun dolore.

Status 20 Aprile 1918. Oculomozione normale. Presente il segno di Graefe d'ambo i lati, Moebius a S. Paresi grave del VII inferiore di d., non Cvostek. La lingua viene sporta incompletamente dalla bocca e devia leggermente verso sinistra. I movimenti di lateralità della lingua sono limitati; non è capace di accartocciarla. L'apertura della bocca é normale; l'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della masticazione, nè della deglutizione. Il P. non è capace di pronunziare alcun suono articolato. Il pelliccio si contrae bene d'ambo i lati.

Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. A mani protese spiccati tremori vibratori a rapide oscillazioni. Dinamometro a D. = 30, a S. = 25.

Riflessi: Le pupille sono miotiche ed anisocoriche (D. > a S.), reagiscono bene alla luce ed all'accomodazione, Riflessi tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivacissimi, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, faringeo e corneali deboli, auricolari assenti. Dermogra-

fismo pronto e persistente. Sensibilità: Anestesia globale e tattile su tutto il corpo. Batiestesia normale. Visus: a S. = 1/3 a D. = 1/4 Non discromatopsia. Campo visivo ristretto fortemente in modo concentrico d'ambo i lati. Udito: A S. percepisce il fischio di Galton e il diapason, non l'orologio; non comprende le parole (nè voce afona, nè voce conversata). A D. completamente sordo. Rinne normale a S. Weber lateralizzato a S. Riflesso cochleo - palpebrale presente. Gusto ed olfatto deboli d'ambo i lati. Il P. esegue tutti i comandi per iscritto; nessun disturbo della lettura, nè della scrittura eccetto quella sotto dettato che è impossibile.

Esame psichico. Il P. tiene un contegno calmo e depresso, la mimica è vivace, la percezione è lenta, l'attenzione labile, la memoria è fedele, è bene orientato rispetto il tempo il luogo, ed alle persone che lo circondano. L'affettività vicace, facile emozionabilità. Manifesta intenso desiderio di guarire presto. In complesso si tratta di un soggetto fobico con idee ipocondriache. Esame laringoscopico negativo, notasi soltanto un'anestesia del laringe. Esame otoscopico negativo, notasi soltanto una anestesia completa della membrana del timpano d'ambo i lati.

Status 7 Maggio 1918. Il P. al suo ingreso faceva segno di non sentire e non parlava affatto. È stato trattato soltanto colla franklinizzazione (scintillazione energica lungo il rachide e sul collo d'ambo i lati). Ha incominciato a parlare d'emblée ripetendo a voce alta dopo circa una settimana parole trisillabe. Durante l'esame e gli esperimenti faceva segno di non sentire, ma richiamando la sua attenzione energicamente ha finito ben presto per ripetere intere frasi pronunziate dal medico curante, sempre scandendo e balbettando.

Status 20 Maggio 1918. Persiste una lieve limitazione dei movimenti della lingua, bradiatria, scandimento e balbuzie nelle emozioni. Ipotonia lieve del VII. inferiore di destra.

Status 1 Giugno. Parla bene. E' scomparsa la limitazione dei movimenti della lingua e l'ipotonia del VII. inferiore di destra.

Osservazione 51.

P. L. a. 30 soldato, contadino. Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare. Nega lues, non beve. Sui primi di ottobre 1915, per scoppio di granata, fu abbattuto al suolo e rimase tramortito. Riavutosi s'accorse di non poter più articolar parola e di essere diventato completamente sordo. *Status 8 Giugno 1918* — Oculomozione normale. Non Graefe. Nulla al VII, però il P. non è capace nè fischiare, nè dare baci. Non Chvostek. La lingua non è deviata e può essere protrusa quasi al completo; tutti gli altri suoi movimenti attivi sono limitati, specialmente

quelli di lateralità. I movimenti passivi della lingua non offrono alcuna resistenza abnorme. L'apertura della bocca è alquanto incompleta. I movimenti passivi della mandibola sono completi e non offrono resistenze abnormi. Normali i movimenti del velopendolo. Non disturbi della deglutizione, nè della masticazione. Il P. non è in grado di emettere alcun suono articolato nè inarticolato. Tossisce con voce afona. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. *Riflessi:* iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivacissimi, addominali e cremasterici vivacissimi, corneali torpidi, faringeo e palatino assenti d'ambo i lati, auricolare assente. Dermografismo pronto e persistente. Sensibilità: emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica sinistra. Batiestesia e stereognosi in ordine.

Vîsus — I d'ambo i lati. Non discramatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente a sinistra. Udito: a sinistra sordità completa; il P. non percepisce nè orologio, nè voce a squarciagola, nè fischio di Galton; a destra percepisce soltanto i rumori forti ed i toni acuti del fischio di Galton e la voce alta, ma non voce afona, nè orologio, nè riesce a comprendere il significato delle parole nè anche gridandogli a squarciagola. Riflesso cocleo — palpebrale presente d'ambo i lati. Olfatto e gusto diminuiti a S. La lettura e la scrittura sono perfette. La scrittura sotto il dettato è impossibile. Il P. legge con una rapidità sorprendente le parole sulle labbra dell'interlocutore. Esame psichico: l'espressione della faccia è indifferente la mimica vivace,è bene orientato rispetto al tempo, al luogo ed alle persone. La percezione è lenta, l'attenzione labile, la memoria perduta per i fatti che si riferiscono al trauma, buona per i fatti antichi. L'emotività non è esagerata. Il P. tiene un contegno calmo, non manifesta dei desiderii molto intensi. In complesso si tratta di un carattere fobico.

Esame laringoscopico (Prof. Mancioli): paresi dei muscoli tensori ed adduttori; anestesia completa del laringe e delle corde vocali. Esame otoscopico negativo, notasi soltanto un'anestesia completa della membrana del timpano d'ambo i lati. Weber lateralizzato a D . Polso: 72, uguale ritmico a pressione media. Non si modifica con la compressione dei globi oculari.

Status. 16 VI. 18. Persiste il mutismo. Riesce a percepire le parole dette a distanza all'orecchio destro; sordità completa a sinistra.

Status 19 VIII 18. Con la rieducazione del respiro, il quale presentava una spiccata incoordinazione (il P. tentava di parlare in inspirazione, e non era capace di respirare profondamente coll'addome) si è riuscito a fargli ripetere abbastanza nettamente parole bisillabi.

Status 1 IX 18. Il P. esce in condizioni uguali all'ultimo *status* (scandimento con disartria polisillabica).

OSSERVAZIONE 52.

Z. L., a. 25, soldato, contadino. Padre ricoverato dapprima nel Manicomio di Perugia, madre epilettica. Non è mai stato nervoso. Un giorno (che non rammenta) per scoppio di granata, fu travolto ed abbattuto al suolo, ed al risveglio s'accorse di non poter più parlare e di aver perduto l'udito. Ricoverato all'ospedale di Verona, nulla si rilevò all'esame laringo - ed otoscopico; sottoposto a cure elettroterapiche fu preso da un attacco isterico. Il P. racconta che un caporale amico suo, suonatore di tromba più volte al giorno gli suonava la tromba vicino all'orecchio e così riacquistò l'udito prima a destra e poi a sinistra, dapprima per i suoni e rumori e dopo in seguito anche per le parole. Continuò però il mutismo fino ai primi di Ottobre 1918 quando riacquistò la parola residuandone accentuata balbuzie. Il P. aggiunge che al fronte aveva subito degli strapazzi e dei disagi; fu più volte cambiato di posto ed è stato sempre in prima linea, talvolta in alta montagna (nell'Altissimo), dove ha sofferto il freddo; ha fatto 17 mesi di vita in trincea dove disimpegnava quasi sempre servizii di vedetta notturni.

Status 1 Novembre 1918 — Oculomozione normale. Non Graefe. Nulla al VII., Non Chvostek. La lingua non è deviata, è bene mobile in tutti i sensi. L'apertura della bocca è normale.. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione, nè della masticazione. Il P. è capace di pronunziare qualsiasi parola a voce chiara, però balbettando (balbuzie lievi consistenti in esitazione iniziale).

Normali i movimenti attivi e passivi superiori ed inferiori. *Riflessi:* iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei pronti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci. Corneali e congiuntivali presenti, faringeo torpido, auricolari presenti. Dermografismo tardivo, ma persistente. Eccitabilità idio - muscolare esagerata (a rapide scosse). *Sensibilità:* tattile, termica e dolorifica normale. Visus, udito, gusto ed olfatto normali. Il P. esegue prontamente ogni comando. La lettura e la scrittura sono normali

Esame psichico: il P. ha l'espressione del volto indifferente, la percezione è pronta, l'attenzione buona. É orientato rispetto al tempo, al luogo, ed alle persone che lo circondano. Emotività non esagerata, non impulsività, nè irrequietezza. L'umore è serio ma non triste senza ombra di idee ipocondriache. La memoria è infedele specialmente per i fatti antecedenti al trauma. Al fronte non ha mai avuto paura di morire, è stato pieno di coraggio e ritornerebbe subito a combattere. In complesso si tratta di un carattere ardito.

Polso 89 uguale ritmico a pressione media. Comprimendo i bulbi oculari il polso non si modifica. *Status 25 Novembre 1918* — Al suo

ingresso **alla Villa** sentiva e pronunziava a voce normale parole anche plurisillabiche. Di tanto in tanto aveva arresto improvviso della parola specialmente in coincidenza di qualche emozione anche di lievissimo grado e rimaneva inibito completamente cosicchè sembrava quasi uno stuporoso. Distratto opportunamente dal sanitario ricordava perfettamente il suo arresto e lo spiegava come una impossibilità interna di parlare. Il fatto notevole è che quando riprendeva la parola, la voce in principio era più debole e più marcata era la balbuzie. Con la psicoterapia si può dire quasi guarito, quasi perchè nelle risposte di tanto in tanto esita e durante il discorso vi è accenno a balbuzie (esitazione iniziale con ripetizione sillabare e delle consonanti). Il P. parla in genere presto. Durante le balbuzie fa frequenti inspirazioni.

OSSERVAZIONE 53.

F. A., a. 27, soldato, muratore. Nei primi del 1916, davanti a Gorizia, fu abbattuto al suolo da uno scoppio di granata: rimase tramortito. Risvegliatosi, avvertì di aver perduto completamente l'udito e la favella.

Status 13 IX. 18 — Oculomozione normale. Non segno di Graefe. Nulla al VII., non è capace però nè fischiare, nè dare baci. Non segno di Chvostek. La lingua allo stato di riposo si trova retratta sul pavimento boccale, non è deviata, non può essere sporta dalla bocca che in modo incompleto, sono limitati fortemente tutti gli altri suoi movimenti attivi. I movimenti passivi sono anch'essi limitati ed offrono una forte resistenza, specialmente quello di protrusione che offre una resistenza invincibile. L'apertura della bocca è quasi completa, il movimento passivo dell'apertura della bocca offre un lieve aumento di resistenza che si riesce a vincere. L'ugola non è deviata, il velopendolo bene mobile un pò meglio a sinistra. Non esistono disturbi della deglutizione nè della masticazione. Il P. non è in grado di emettere alcun suono nè articolato, né inarticolato. Tossisce e ride con voce afona. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori.

Riflessi: iridei pronti, tendinei superiori presenti rotulei ed achillei vivaci, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, congiuntivali e corneali pronti, faringeo esagerato, auricolari assenti. Dermografismo pronto e persistente. Eccitabilità idio-muscolare esagerata (a rapide scosse).

Sensibilità: emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica sinistra (compresa la mucosa della guancia). Analgesia sulla lingua e dei condotti uditivi esterni. Batiestesia e stereognosi in ordine. Visus = 3/4 d'ambo i lati (senza correzione). Non discromatopsia. Campo visivo un pò ristretto bilateralmente. Udito: sordità completa bilaterale. Riflesso cochleo-palpebrale presente. Gusto ed olfatto normale. Il P. ese-

gue prontamente tutti i comandi (fissando chi parla e leggendo sulle labbra). La lettura e la scrittura sono perfette.

Esame psichico: L'espressione del volto è depressa, sofferente. e triste. La mimica é vivace. É bene orientato rispetto al tempo, al luogo ed alle persone che lo circondano. La percezione é pronta, buona l'attenzione, la memoria bene conservata (amnesia lacunare per i fatti riferentisi al trauma). Il P. si emoziona facilmente e scoppia spesso in pianto, non manifesta dei desiderii molto intensi, si tiene appartato e fugge i compagni, manifesta delle idee a tipo ipocondriaco ed è irascibile. In complesso si tratta di un soggetto fobico: infatti il P. scrivendo fa sapere che prima di rimanere sordomuto per scoppio di granata era in continua agitazione e tensione d'animo per la paura di venir colpito dalle granate.

Esame otoscopico: negativo, notasi soltanto un'anestesia della membrana del timpano d'ambo i lati. Esame laringoscopico: iperestesia del laringe.

Status 3 XI. 18 — Il P. in seguito ad opportune cure psichiche, elettriche e sopratutto in seguito alla rieducazione del respiro ha migliorato: l'udito è ritornato per i rumori forti e grossolani (fischio di Galton, campanello ecc.) ma non per le parole a sinistra (neanche dette a squarciagola). A destra invece l'udito è soltanto diminuito (percepisce abbastanza bene il diapason, il fischio di Galton, non orologio, né voce afona) però comprende prontamente il significato delle parole dette a voce chiara. All'esame dell'apparecchio periferico del linguaggio si rileva:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare si nota che l'inspirazione non è rumorosa, è superficiale, frequente e si effettua per via boccale. Vi è tendenza al respiro toracico ed è necessario richiamare energicamente il P. perchè egli esegua bene coll'addome i movimenti respiratorii. Facendo contare il P. da 1 a 10 egli esegue per ogni numero una inspirazione. L'espirazione bisbigliata (vocale a) non dura che 7 - 5'', l'espirazione chiara dura soltanto 7 - 8''. Le pause tra l'in - ed espirazione sono irregolari e molto brevi.

b) esame della voce: la voce è chiara, il canto va bene (persistono le balbuzie). I tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene, meno bene però l'attacco duro che è un pò incompleto ed incerto. Il P. si serve a prevalenza dell'attacco dolce che unisce talvolta a quello aspro.

c) esame dell'articolazione: il P. parla lentamente, scandendo e ripete soltanto le parole oligosillabi. Nel partare si notano balbuzie in forma di impuntamenti iniziali, inceppamenti e (talvolta) ripetizioni sillabari. Non embolofrasie, notasi invece qualche movimento associato.

Lo spasmo della lingua è scomparso ed essa è bene mobile in tutti i sensi ed in tutte le direzioni.

Status 5 XI. 18 — Il P. esce in condizioni invariate con una licenza di mesi 3.

OSSERVAZIONE 54.

G. F., a. 28. soldato, contadino, Nulla nell'anamnesi remota.Ereditá neuropatica negativa. Il 27 ottobre 1918 sul Piave fu travolto da uno scoppio di granata e rimase per parecchie ore sepolto sotto le macerie. Ha avuto perdita di coscienza di durata di parecchie ore: si risvegliò sordomuto. Riacquistò rapidamente l'udito per i rumori, poi per le parole dette a voce chiara a destra, in seguito anche a sinistra. Gli fu riscontrata perforazione del timpano di destra e mutismo funzionale. Il P. aggiunge che non è stato mai nervoso. E' stato al fronte 2 anni con animo preoccupato ed in una tensione di animo continua.

Status 4 Dicembre 1918 — Oculomozione normale. Non esiste segno di Graefe. Lieve ipotonia ed ipostenia del facciale inferiore bilaterale più accentuata a destra, specialmente limitato il movimento di sollevamento del labbro superiore. E' incapace di fischiare, ma può dare baci. Non esiste segno di Chvostek. La lingua viene sporta dalla bocca in modo incompleto e speciale: la punta di essa viene diretta in basso mentre il corpo è rialzato dimodocchè in complesso essa forma un'arco; a causa poi dell'apertura incompleta della bocca (attiva e passiva) la lingua viene come inquadrata tra le labbra. Essa non è deviata, può essere rovesciata all'indietro ma non foggiata in punta. I movimenti di lateralità della medesima sono limitati. I movimenti passivi della lingua offrono una resistenza superiore alla norma che si riesce a vincere. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione, nè della masticazione. Il pellicciaio si contrae bene d'ambo i lati. Il P. non è capace di emettere alcun suono nè articolato nè inarticolato; però tossisce con voce chiara. Esiste un'evidente incoordinazione tra i movimenti fonatorii e respiratorii. (impossibilità di respirare coll'addome). Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. A mani protese lievi tremori vibratorii Riflessi: iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivaci, corneale vivace, faringeo e agerato, auricolari pronti addominali e cremasterici vivacissimi. Dermografismo pronto e persistente. Sensibilità: ipoestesia dolorifica e termica globale generale. Analgesia completa sulla lingua e sulla mucosa boccale eccetto il labbro inferiore. Batiestesia e stereognosi in ordine. Visus — 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto d'ambo i lati. Udito: a sinistra fischio di Galton, diapason, orologio e voce afona bene percepiti, a destra percepisce tutti gli stimoli però meno bene. Weber lateralizzato a sinistra. Rinne normale d'ambo i lati. Gusto ed olfatto deboli d'ambo i lati, Il P, esegue qualsiasi comando prontamente; ottima la lettura e la scrittura.

Esame psichico: l'espressione della faccia è indifferente, la mimica

è molto vivace ed espressiva, la percezione pronta, l'attenzione vigile, buona la memoria eccetto amnesia lacunare per i fatti consecutivi ed immediati al trauma. Il P. non manifesta desiderii molto intensi, ha la coscienza del suo male che anzi tende ad esagerare. Si emoziona facilmente. In complesso si tratta di un soggetto fobico. Polso 72 uguale ritmico a pressione media. Esame laringoscopico: iperemia dell'orificio della glottide e delle corde vocali vere; limitati ma possibili i movimenti di ab-e adduzione. Spiccata iperestesia faringo-laringea. Esame otoscopico: negativo.

Status 5 Dicembre 1918 — Invitato il P. a ridere egli non compie alcun movimento mimico nella faccia, invece assume un'atteggiamento come da piangere.

Status 6 Dicembre 1918 — Alla prima applicazione elettro faradica il P. viene preso da una « crisette » isterica consistente in movimenti tonico-clonici dell'arto superiore di destra, respiro frequente, pianto e tachicardia. Si ricorre allora alla provocazione del vomito ed il P. alla fine riesce a dire *a* a voce afona (sempre regolando il respiro).

Status 15 Dicembre 1918 — Riesce a dire le vocali a voce afona.

Status 1 Gennaio 1919 — Esce in condizioni invariate.

Osservazione 55.

F. A., a. 36. soldato, panettiere. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare remota e prossima. Nel Maggio 1917 sull'Hermada per scoppio di granata fu travolto e atterrato. Raccolto ed accompagnato all'ospedaletto da campo non poteva più parlare, sentiva pochissimo, (soltanto i rumori forti ma comprendeva il significato delle parole) ed aveva disturbi nervosi varii: vertigini, cefalea, insonnia, inappetenza, cardiopalmo, astenia, eccitabilità ed irascibilità. Fu mandato dopo alcuni giorni a S. Giorgio di Nogaro, dove gli furono praticate cure elettriche con risultato di notevole miglioramento, poichè riacquistò completamente l'udito, cessarono le vertigini ed iucominciò a parlare balbettando.

Status 10 VIII 18. Oculomozione normale. Nulla al VII, nè al XII. All'esame dell'apparecchio periferico del linguaggio si riscontra:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare si osserva che l'inspirazione non è rumorosa, ma è piuttosto frequente, l'espirazione invece è talvolta rumorosa (durante gli accessi di balbuzie) e forzata a causa della pressione esagerata nel laringe. Facendo contare il P. da 1 a 28 si contano circa 6 inspirazioni (qualche volta per ogni numero una inspirazione). L'espirazione bisbigliata (vocale a) dura soltanto 6-8'' quella chiara 9-11''. E da notare che l'e-

spirazione subisce talvolta un brusco arresto nel parlare; l'inspirazione si effettua per via boccale, ma è superficiale. Le pause respiratorie sono irregolari (talvolta due inspirazioni una dietro l'altra senza pausa respiratoria):

b) esame della voce: la voce è chiara, il canto si effettua bene (persiste la balbuzie). I tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene. Il P. si serve dell'attacco duro che è persistente e non viene cambiato che di rado;

c) esame dell'articolazione: notevoli balbuzie in forma di impuntamenti iniziali, inceppamenti con rapida esplosione delle sillabe e delle parole. In genere il P. parla molto presto. Non embolofrasie. Si notano invece elisioni e raddolcimenti. Durante il parlare intensi fenomeni vasomotorii e varii movimenti associati (capo, tronco, arti). Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: iridei pronti, rotulei ed achillei vivaci, addominali e cremasterici vivacissimi. Dermografismo pronto e persistente. Sensibilità: tattile, termica e dolorifica normale. Batiestesia in ordine.

Nulla a carico dei sensi specifici. Il P. comprende qualsiasi domanda. La lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: l'espressione del volto à depressa, sofferente e preoccupata, la mimica é vivace. La percezione pronta, l'attenzione vigile, la memoria presenta una lacuna per i fatti successivi al trauma; è bene orientato rispetto al luogo ed al tempo, la volontà è affievolita, il P. è dubbioso e prende qualunque decisione con difficoltà; è facilmente irascibile e reagisce esageratamente a qualunque stimolo mentale, l'emotività è esagerata con tendenza al pianto; manifesta idee ipocondriache. Ha piena coscienza del suo stato morboso che cerca di esagerare. In complesso si tratta di un carattere neurastenico e fobico. Polso 90 uguale, ritmico a pressione media. Esame laringoscopico: atassia delle corde vocali.

Status 27. IX. 18. — In seguito ad opportune cure psico-ed elettroterapiche ed alla rieducazione dei movimenti respiratorii - fonatorii è guarito dalle balbuzie. Persistendo i fenomeni neurastenici sebbene attenuati viene dimesso dal Neurocomio con una licenza di 3 mesi.

Osservazione 56.

P. C. a. 28, soldato, contadino. Nega lues, non bevitore. Non è stato mai nervoso. A Gorizia nell'agosto 1917 per scoppio di granata fu travolto e perdette i sensi. Riacquistatili si accorse che non poteva parlare e non sentiva.

Status 20 - III - 18. Oculomozione normale. Non Graefe. Nulla al VII superiore. Lieve ipotonia del VII inferiore di destra. Può fischiare e dare baci. Non Chvostek. La lingua può essere protrusa quasi al completo non è deviata è bene mobile in tutti i sensi ed in tutte le direzioni.

L'apertura della bocca è completa. Il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione. Il P. è in grado di pronunziare tutte le parole bene, però con voce afona, tossisce con voce afona. Esiste una evidente incordinazione tra i movimenti respiratorii e quelli fonatorii: il P. quando parla non fa precedere questo atto da inspirazione e non sa affatto respirare coll'addome. Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori. *Riflessi*: tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei pronti, alluci silenziosi, addominali e cremasterici vivaci, iridei pronti alla luce ed all'accomodazione, la pupilla sinistra è maggiore della destra (anisocoria) corneali e congiuntivali presenti, faringeo assente, auricolari deboli più a sinistra.

Dermografismo pronto e persistente; sensibilità: ipoestesia tattile, termica e dolorifica globale sul torace e sul capo. Ipoalgesia sulla lingua, e sulla mucosa boccale e del condotto uditivo esterno d'ambo i lati. Batiestesia, pallestesia e stereognosi normale. Visus = $^1|_4$ d'ambo i lati. Non discromatopsia, Campo visivo un pò ristretto d'ambo i lati più a destra. Udito: a destra normale, a sinista diminuito per il fischio di Galton, diapason, orologio e voce afona e chiara. Gusto ed olfatto debole d'ambo i lati. Il P. esegue prontamente tutti i comandi. Esame psichico: l'espressione del volto è depressa, il capo abbassato, lo sguardo fisso e generalmente diretto in basso, la percezione lenta, l'attenzione labile. Il P. è poco orientato rispetto il tempo ed il luogo; è bene orientato rispetto le persone che lo circondano. La memoria per i fatti recenti è abolita, conservata per quelli antichi. Il P. è analfabeta; non si può quindi fare un'esame psichico approfondito. È triste ed apatico, ha idee a carattere squisitamente ipocondriaco. Tiene un contegno calmo, un pò sospetto, cerca la solitudine ed è taciturno, fugge i compagni con i quali è molto riservato. È poco emozionabile ha sentimenti scarsi, non si lascia facilmente suggestionare. Per tale contegno il P. viene in seguito sospetto di simulazione ossia, ciò che é più probabile, di simulazione del disturbo già avuto, („ *simulationshysterie* ").

Polso 72, uguale, ritmico a pressione media, non si modifica durante la compressione dei globi oculari. Esame laringoscopico: negativo per ciò che riguarda la mobilità delle corde vocali; anestesia del laringe e del vestibolo.

Status 20 - XI - 18. Persiste afonia e dispneumia (espirazione breve e rapida). Condizioni invariate.

Status I - I - 19. Esce completamente guarito.

OSSERVAZIONE 57.

S. M., a. 35, soldato, contadino, L'ammalato narra di essere stato colpito da scheggia di granata il 19 Luglio 1917 verso sera mentre dal Vallone si recava in prima linea. Ha avuto perdita di coscienza di durata non precisabile; al risveglio si accorse di essere ferito all'orecchio

destro e di non poter parlare nè emettere alcun suono nè udire nulla. Dalla cartella clinica dell'Ospedale da Campo risulta che esisteva nella regione retroauricolare destra una soluzione di continuo a margini irregolari.

Status 16. VIII. 18. — Si nota frequente ammiccamento delle palpebre. Oculomozione normale. Il P. non è capace di fissare a lungo lo sguardo in nessuna delle direzioni. Nell'atto di chiudere gli occhi tremori palpebrali. Integro il VII. Non Chvostek. La lingua non è deviata e può essere protrusa soltanto fino al labbro inferiore, tutti gli altri movimenti della lingua offrono un aumento di resistenza; specie nel tirarla fuori dalla bocca s'incontra una resistenza che si riesce a vincere con difficoltà. La bocca non può essere aperta completamente ed i movimenti attivi della mandibola provocano dolore. Cercando di vincere passivamente la resistenza che ofirono i movimenti della mandibola ciò riesce soltanto in parte. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile. La deglutizione e la masticazione sono normali. Il P. non è in grado di emettere alcun suono articolato nè inarticolato. Tossisce con voce afona. Non può imitare i movimenti respiratorii addominali. Normali i movimenti degli arti superiori ed inferiori. Riflessi iridei pronti, tendinei snperiori presenti, rotulei vivaci, achillei deboli, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, corneali torpidi, faringeo assente, auricolari assenti. Dormografismo pronto e persistente.

Sensibilità: anestesia tattile, termica e dolorifica globale che colpisce tutto il corpo eccetto il capo ove esiste ipoestesia. Analgesia sulla lingua e sulla mucosa buccale e dei condotti uditivi esterni. Visus — 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. L'esame del campo visivo è impossibile a causa dell'ammiccamento. Udito: a destra sordità assoluta, a sinistra percepisce i rumori forti ed i toni alti del diapason, ma non percepisce alcuna parola, nè anche gridandogli a squarciagola. Riflesso cochleo-palpebrale presente. Il P. non sa nè leggere, nè scrivere. (analfabeta): comprende bene ed esegue, sebbene con ritardo, tutti i comandi. Il P. non sa leggere sulle labbra dell'interlocutore.

Esame psichico: il P. presenta un'aspetto snbstuporoso, guarda nel vuoto, è depresso, apatico, si disinteressa completamente dell'ambiente esterno; si muove con lentezza. Non chiede da mangiare, soddisfa ai bisogni naturali. Non si applica affatto ed eseguisce appena gli atti elementari come il vestire, mangiare ecc. Non manifesta alcun desiderio. Esame laringoscopico ed otoscopico negativo, eccetto anestesia completa del laringe e della membrana del timpano d'ambo i lati.

Status 15. IX. 18. Il P. malgrado le cure si trova sempre nelle medesime condizioni.

OSSERVAZIONE 58.

Ch. A a. 26, soldato, compositore. Fino all'età di 13 anni enuresi notturna. Da qualche tempo gli vengono ad intervalli tremori e stordimenti di testa per i quali se non si sostenesse a qualche punto di appoggio cadrebbe; insieme con lo stordimento vede talvolta girare gli oggetti intorno, ha paracusie (rumori di scoppio) e fosfeni scintillanti (come tante lampadine a sbalzo) e scotoma centrale (vede due profili laterali delle persone ma non il centro); inoltre come la sensazione di un bolo alimentare che salga e scenda nell'esofago (bolo esofageo). Nel Novembre 1915 sul Sabotino per scoppio d'una granata di grosso calibro fu gettato in terra privo della coscienza, che riaquistò una quarantina di giorni dopo, rimanendo impossibilitato a parlare ed a percepire suoni e rumori; successivamente migliorò un poco e lentamente nell'udito, ma non ha ancora riacquistato la comprensione delle parole. Oculomozione normale. Il VII. si contrae bene d'ambo i lati, però il P. non riesce nè fischiare nè di dare baci. Aboliti tutti i movimenti della lingua eccetto un accenno alla protrusione L'apertura della bocca è limitata. Il velopendolo è bene mobile. Non disturbi della deglutizione. Il P. non è capace di emettere alcun suono articolato, nè inarticolato. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. Dinamometro: D — 10 - 8 - 8 ; S — 13 - 10 - 13. *Riflessi:* iridei presenti, tendinei superiori vivaci, rotulei ed achillei vivaci più a destra. Pseudoclono della rotula specialmente a destra. Non Babinski, nè Oppenheim. Addominali e cremasterici vivacissimi. Faringeo e corneali presenti più deboli a destra, auricolari deboli. Ipereccitabilità idiomuscolare (scosse rapide). Dermografismo pronto e persistente.

Sensibilità· lieve emiipoestesia tattile, termica e dolorifica destra. Batiestesia e stereognosi normale. Visus: D — 1/10, S — 3/4. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto a destra. Udito: orologio, fischio di Galton e rumori percepiti bene a sinistra, non comprende però nessuna parola detta anche a squarciagola; a destra sordità totale. Gusto ed olfatto: diminuiti a destra. Il P. non esegue alcun comando detto a voce e non comprende alcuna domanda; esegue invece tutti i comandi per iscritto; ha una compressione perfetta del linguaggio mimico. La lettura e la scrittura sono normali, eccetto la scrittura sotto il dettato che è impossibile.

Esame psichico : Il P. è depresso, abulico, tuttavia ha una mimica molto vivace. La percezione è abbastanza pronta, l'attenzione scarsa. Facile emotività. La memoria è buona ma presenta una lacuna per i fatti successivi al trauma. È orientato rispetto al luogo, al tempo ed alle persone che lo circondano. Non manifesta desiderii molto intensi. Spesso insonnia o sonni brevi e disturbati da sudori profusi e da frequente stimolo ad urinare. In complesso si tratta di un soggetto fobico.

Status 15. V. 17. Il P. in seguito alle cure psico - elettriche ha notevolmente migliorato nell'udito: comprende bene le parole. Sebbene la coordinazione tra i movimenti respiratorii e quelli fonatorii non sia ancora completa riesce a dire con voce afona parole bisillabiche. I movimenti della lingua sono quasi completi.

Status 25 IX 17. Il P. esce guarito.

b) Osservazioni raccolte nel Neurocemio di Villa Wurts

OSSERVAZIONE 59.

B. D., a. 27, soldato, possidente. Il 22 Luglio 1915 vicino a Monfalcune, fu gettato a terra dallo scoppio d'una granata, senza riportare altra ferita che una scalfitura nella regione malleolare interna del piede S. Peidette la coscienza e la riacquistò solo circa una settimana dopo. Allora si accorse che non poteva parlare e non comprendeva le parole che sentiva pronunziare; però capiva dai movimenti delle labbra. Dopo qaalche giorno cominciò a riudire con l'orecchio D, ma solo se le parole venivano pronunciate da vicino; con l'orecchio S. invece non ha più riudito neanche da vicino, e così si mantiene tuttora (sente bensì i rumori, ma non comprende il significato delle parole). L'8 Agosto 1915 cominciò a riparlare, balbettando fortemente molto più di adesso. In seguito la balbuzie migliorò. Per parecchi mesi soffrì di cefalea e giramenti di testa e talvolta cadde anche a terra, ma senza perdere la coscienza; ora non ha più svenimenti da circa 9 mesi; talvolta accusa cefalee. Inoltre per 6 mesi dopo il trauma avrebbe avuto tremori spontanei nei 4 arti, ora gli è rimasto solo un pò di tremore, nella deambulazione, all'arto inferiore D.

Status 12 Gennaio 1917 — Motilità volontaria normale, solo il P. dice di avvertire l'energia muscolare un pò diminuita nell'arto inferiore destro e che nel camminare sarebbe preso da leggiero tremore. Sensibilità tattile, termica, dolorifica normali su tutta la superficie cutanea. Organi dei sensi ben funzionanti ad eccezion dell'udito. Ad un esame di questo si constata che con l'orecchio destro le parole vengono percepite ad una distanza massima minore della normale, il rumore invece dell'orologio viene percepito ad una distanza presso a poco normale. Con l'orecchio S. le parole non vengono comprese neanche da vicino, vengono intesi solo i rumori grossolani. Il battito dell'orologio invece non viene percepito neanche in immediata vicinanza del padiglione dell'orecchio e neanche a contatto del medesimo.

Riflessi: Pupille bene reagenti alla luce ed alla accomodazione. Normali i riflessi addominali, cremasterici e plantari. Non Babinski. Tendinei e periostei superiori deboli; rotulei ed achillei normali ed uguali d'amboi lati; riflessi vascolari normali.

Linguaggio: Si constata una forma di balbuzie consistente in esitazione prima dell'esplosione delle singole parole e talvolta delle singole sillabe; impuntamenti sulle sillabe iniziali delle parole o anche nel mezzo di queste e ripetizione delle sillabe medesime. É notevole che l'esitazione anzidetta è accompagnata da contrazione dei muscoli mimici; e talvolta da contrazioni in massa degli altri muscoli del corpo: ciò che dimostra che il P. compie uno sforzo notevole per estrinsecare l'impulso psico — motorio verbale. Il P. aggiunge che la balbuzie ha delle notevoli oscillazioni d'intensitá: è minore quando è calmo; maggiore quando è emozionato. Non avverte però più alcuna differenza parlando coi propri compagni, con persone intime ovvero parlando coi superiori.

Esame psichico. Depressione, smemoratezza, abulia, emotività facile. Non è disorientato; percezione pronta.

Status 15 Marzo 1917. Originariamente balbuziente, riacquistata la favella, parla come prima.

Osservazione 60.

N. G., a. 31, soldato, bracciante. Nel Settembre 1915, sull'Isonzo, in seguito allo scoppio di una granata, perdè la conoscenza e rimase in tale stato per 10 giorni. Quando si riebbe si avvide che non poteva parlare, e non comprendeva le parole; non solo, ma non udiva neppure i rumori. Dopo una quindicina di giorni cominciò a riudire e a comprendere le parole dall'orecchio S. non dal D. In seguito, a poco a poco (non sa dire esattamente quando) riacquistò l'udito anche dall'orecchio D., prima per i suoni, poi per le parole. Dopo circa tre mesi, cominciò a riparlare balbettando fortemente; da allora in poi non ha più quasi migliorato nella favella. Va soggetto a frequenti accessi convulsivi a tipo isterico (quasi ogni giorno). Il padre ed un fratello sono molto nervosi.

Status 12 gennaio 1917 — Normale la motilità in tutto il corpo. Sensibilità tattile, termica e dolorifica normali. Organi di senso bene funzionanti.

Riflessi: — Pupille ben reagenti alla luce ed all'accomodazione, normali i riflessi addominali, cremasterici e plantari, tendinei superiori normali, vivaci i rotulei e gli achillei. Riflessi vascolari: ad una stria di vasocostrizione ne segue una di vasodilatazione intensa, ampia e persistente. *Linguaggio.* Il P, presenta una forma di balbuzie grave, per cui si stenta a comprendere le parole da lui pronunciate. La balbuzie consiste in difficoltà nell'esplosione delle parole, impuntamento all'inizio delle parole e delle sillabe, ripetizione di sillabe, pausa da una sillaba e l'altra. Inoltre i suoni delle consonanti, e specialmente dei gruppi di consonanti vengono poco nettamente articolati, il che toglie

chiarezza alla favella. Lo sforzo intenso con cui vengono lanciate le parole, viene reso più evidente da concomitanti contrazioni dei muscoli del volto ed anche di altri muscoli del capo.

Esame psichico: — Rivela un carattere squisitamente isterico (criminaloide).

20 Marzo 1918. Riacquistò la parola, ma prese l'abitudine di scandire e parlare esplodendo ed a voce altissima.

OSSERVAZIONE 61.

A. A. a. 31, tenente, industriale. Il padre era affetto da una psicosi a tipo paranoico. Il nonno fu affetto da una psicosi involutiva demenziale. Madre vivente e sana. A 12 anni per un grave trauma alla regione occipitale con frattura ossea, ebbe una soluzione di continuo che suppurò a lungo, richiedendo ripetuti interventi, per 1 anno e lasciando una breccia cranica della larghezza di una moneta da 5 centesimi. Nell'adolescenza, in seguito a grave emozione (vista del cadavere di un individuo morto da 2 settimane) ebbe per molti mesi disturbi nevrosici isteroidi; gli sembrava sempre di percepire puzzo di cadavere, per cui non poteva nè mangiare nè bere senza nausee, aveva senso di bolo esofageo, impotenza funzionale, staso - basofobìa, nosofobìa. Sin da quel tempo cominciò a frequentare nna riunione di sordomuti che si davano convegno quotidianamente ad un tavolo e si servivano fra loro del linguaggio gesticolare, e ne rimase molto impressionato. Il giorno 17 agosto 1916, presso Nad Logen, mentre avanzava col suo plotone, gli scoppiò vicino uno shrapnell - granata; fu gettato a terra e perdette i sensi, svegliandosi solo cinque giorni dopo, sordomuto. Il 24 agosto all'ospedale De Merode in Roma, ove fu ricoverato, comprendeva bene tutto ciò che gli si diceva, scriveva bene, aveva mimica perfetta, ma non parlava; tuttavia, con grande sforzo, poteva dire qualsia parola scandendo e strisciando le sillabe e accompagnandole con una mimica *sui generis;* però dopo qualche parola si arrestava accusando forte dolore alla fronte.

Status 5 agosto 1917. Movimenti attivi e passivi normali, compresi quelli della lingua, delle labbra, delle guancie; degli organi cioè che concorrono all'articolazione delle parole; queste ultime però non possono venir pronunciate. Normali le varie forme di sensibilità in tutto il corpo.

Riflessi: — Pupille ben reagenti alla luce ed all'accomodazione; riflessi addominali e cremasterici giusti: vivaci i plantari, vivaci i tricipitali, bicipitali, radiali, ulnari; vivaci anche i rotulei e gli achillei (meno però dei riflessi degli arti superiori). Il P. ode e comprende perfettamente ciò che si dice, è capace di scrivere ciò che pensa, di esprimersi con la mimica, ma non ad intrinsecare con parole i propri pensieri. Stimolandolo col comando o con applicazioni elettriche sul laringe a pronunziare alcune parole, riesce a dirle ma scandendole lentamente e con poca voce. Così

si riesce a farlo pronunciare parole facili, contenenti labiali, come «mamma, babbo», il proprio nome e le vocali. A voce afona non si ottengono maggiori risultati.

Esame psichico: — Il P. è depresso, abulico, manifesta idee a timbro sqisitamente ipocondriaco, mutevolezza, percezione lenta, attenzione labile, facile impressionabilità ed emozionabilità.

Status: *9 - XII - 17*. — Esce in condizioni invariate.

Osservazione 62.

C. D., a. 26, soldato, giardiniere. Il 5 luglio 1915' nei pressi di Arsiero, in seguito allo scoppio di una granata, cadde a terra privo di sensi, e li riacquistò dopo 2-3 giorni. Nel risvegliarsi si avvide che non comprendeva nulla di ciò che sentiva dire, percepiva solo dei rumori confusi e non poteva affatto parlare. Dopo qualche mese cominciò a udire, più dall'orecchio destro e meno dal sinistro; la favella invece tardava molto a tornare, e solo da qualche mese il malato riuscì ad articolare parole afone. Aggiunge che nei primi giorni dopo l'accidente, fu colpito tre o quattro volte da accessi convulsivi, di breve durata, che in seguito non ebbero più a ripetersi. Non ha antecedenti neuropsicopatici.

E. O. Movimenti passivi normali. Dei movimenti volontari è notevole la impossibilità di protendere la lingua e la grande limitazione dei movimenti di lateralità di essa entro il cavo orale. Del resto i movimenti attivi sono tutti possibili, ma di scarsa energia; in ispecie appaiono tali i movimenti mimici (facciale superiore e inferiore); in questi ultimi si nota che le contrazioni sono un po' maggiori a D. che a S. Dinamometro D. — 34. S. — 16. Sensibilità tattile, termica e dalorifica nettamente più squisite in tutta la metà destra dei corpo compresa quella della testa. Analoga differenza vi sarebbe nella funzione dei due occhi; cioè la visione sarebbe un po' migliore col sinistro. Parimenti l'acuità uditiva, debole d'ambo i lati, è però notevolmenle maggiore a D. ove l'orologio viene percepito a circa 10 cm. dal padiglione mentre a sinistra viene appena percepito in immediata vicinanza del padiglione.

Riflessi. — Pupille ben reagenti alla luce ed all'accomodazione; normali i riflessi cremasterici, addominali e plantari: tricipitali, radiali e ulnari presenti, pronti i rotulei e gli achillei. Riflessi vascolari: a una stria di vasocostrizione iniziale e fugace, ne segue una di vasodilatazione, fiancheggiata da due altre strie di vasocostrizione: dopo qualche minuto torna di nuovo una stria di vasocostrizione accentuata e persistente. *Linguaggio:* si constata afonia accentuata, e disartrie consistenti in scandimento sillabare e ripetizione delle sillabe per una o più volte, e tanto delle sillabe iniziali che di quelle contenute nel corpo delle parole (balbuzie). Esame psichico: — Il P. è depresso, abulico. Si emoziona facilmente.

20. III. 17. Esce tuttora balbuziente.

OSSERVAZIONE 63.

P. A., a. 25, soldato, contadino. Il paziente ha goduto sempre buona salute, non ha mai avuto enuresi. Sviluppo fisico e mentale regolari. Beveva in media da 1-1 1|2 litro di vino al giorno. Il 12 Luglio 1916 per lo scoppio di una granata, che gli produsse soltanto lievissime ferite (escoriazioni e contusioni) cadde come tramortito e riprese i sensi soltanto circa un mese dopo, con amnesia completa per tutto il periodo immediatamente precedente. Riacquistando la conoscenza si accorse che era coercito e così rimase per qualche giorno.

Status 17 Febbraio 1917 — Oculomozione normale, così pure la motilità del VII e XII. del collo, tronco ed arti superiori. tranne una lieve diminuzione del tono muscolare e della forza a S. Diminuzione notevole del tono e della forza muscolare dell'arto inferiore sinistro. Deambulazione claudicante portandosi il peso del corpo il più a lungo possibile sull'arto inferiore destro e senza flettere il ginocchio S. I movimenti dell'arto inferiore sinistro che viene trascinato dal paziente, come materia inerte, spazzando il suolo (andatura di Todd) sono limitati. Eccitabilità muscolare aumentata; emiipoestesia ed emiipoalgesia nella metà sinistra di tutto il corpo. Vista normale. Il paziente non ode punto con l'orecchio sinistro e poco con l'orecchio destro: per comprendere quanto gli si dice si aiuta osservando i movimenti mimici e delle labbra dell'interlocutore. Per quanto si tenti con ripetute prove, non si riesce a saggiare nè il Rinne, nè il Weber, poichè il paziente non comprende bene cosa gli si domandi.

Pupille bene reagenti alla luce e all'accomodazione. Riflessi cutanei e mucosi torpidissimi e debolissimi, quasi assenti a S. (congiuntivale, addominale, cremasterico, plantare) un po' vivaci a D. Non Babinski nè Oppenheim. Riflessi periostei e tendinei tutti presenti bilateralmente, rotulei ed achillei pronti e vivaci: non clono.

Dermografismo vaso-paralitico piuttosto pronto e persistente. Il paziente presentava precedentemente mutismo funzionale puro (linguaggio volontario abolito, comprensione delle parole: lettura e scrittura conservate). Attualmente (10. III. 18) viene riprendendo il linguaggio bradilalico, esplosivo ed emotivo. Invitato a parlare egli entra in uno stato emozionale intenso per cui non sa coordinare gli atti respiratori con la favella.

Status. IV. 18. — Esce guarito completamente.

OSSERVAZIONE 64.

D. M., a. 20, soldato, panettiere. Padre epilettico. Eclampsia nell'infanzia. Nega lues, non bevitore. Nel giugno 1917 sul Trentino per scoppio di granata fu investito dai detriti e rimase circa 4 giorni privo di coscienza che riacquistò in un ospedale da campo; ma non poteva più parlare e non sentiva nulla. A Torino dove fu curato con applicazioni elettriche riacquistò la favella e l'udito. Ripresentatosi al Deposito fu inviato al campo ad Alatri, dove in una marcia cadde a terra per una crisi nervosa e perdette di nuovo la favella.

Status: 4 Sett. 1917. — Organi dei sensi normali ad eccezione dell'udito che è diminuito leggermente e della favella che è completamente abolita. Ipoacusia funzionale bilaterale sopravvenuta dopo il trauma psichico; essendo l'apparato uditivo integro organicamente. *Riflessi:* pupillari normali, profondi piuttosto torpidi tanto negli arti superiori che negli inferiori, addominali vivaci, cremasterici vivacissimi, corneali e congiuntivali assenti, faringeo idem. Dermografismo vasospastico (stria surrenale del Sergent) fugace, poi vasoparalitico persistente con alone di cute anserina. Scrittura: regolare relativamente alla scarsa coltura del soggetto. Lettura normale. *Sensibilità:* ipoestesia tattile, termica e dolorifica a guantone. *Esame psichico.* Lieve torpore percettivo, attentivo e mnemonico: labilità del tono affettivo con notevole emozionabilità (timidezza), irritabilità, facile tendenza alle emozioni depressive con manifestazioni fisiologiche e dell'espressione infantili (pianto): puerilismo mentale con ideazione limitata: notevole influenzabilità e suggestibilità. Contegno corretto, carattere docile, indole buona.

Status: — *15 Ottobre* 1917. In seguito ad applicazioni psico ed elettro-terapiche il P. è completamenle guarito dai disturbi funzionali (ipoacusia e mutismo), quest'ultimo fenomeno è rinomparso talvolta fugacemente in seguito a vive emozioni nei primi tempi dopo la ricomparsa della favella. Permane il fondo llevemente deficiente e psico-infantile.

Status: — Aprile 1918. Il P. rientra nel Nevrocomio per una *recidiva* dovuta ad una impressione che ebbe in casa durante la licenza, vedendo le propria madre moribonda. Quando tornò al Nevrocomio non parlava di nuovo affatto. Sottoposto alla sola franklinizzazione e psicoterapia (suggestione) dopo alcuni giorni senza passare per la rieducazione del respiro e della parola cominciò a ripetere con voce chiara ma intercisa e balbettando parole plurisillabe.

Status. — 3 Maggio 1918, Parla abbastanza bene solo durante il discorso ha frequenti inceppamenti, talora elisioni di parole e balbuzie.

Status: — 20 Maggio 1918. Il P, esce guarito. Viene proposto per i lavori agricoli.

OSSERVAZIONE 65.

F. E., a. 29, soldato, impiegato. Il P. è stato sempre emotivo, eccitabile, irascibile, soffriva anche di crisi vertiginoidi precedute da cefalea intensa e senso di costrizione epigastrica ed agli inguini (zone isterogene) seguite da caduta.

Il 14 Luglio 1916 a Cima Dodici (Altipiano di Asiago) fu colpito da un fulmine caduto sull'apparecchio telegrafico al quale egli era addetto e rimase per 21 giorno privo della conoscenza che riacquistò in un Ospedale di Bologna, ove fu fatta la diagnosi di sordomutismo. Trasferito in seguito all'Ospedale Militare principale di Firenze fu riscontrato affetto da emiparesi sinistra e grave balbuzie. L'emiparesi andò rapidamente migliorando in seguito a cure suggestive, ma persistendo la balbuzie ed essendo comparsi dei fenomeni isteriformi venne inviato nel Neurocomio di Villa Wurts in Roma.

Status 15 VI. 17 — Oculomozione normale. Integro il VII. ed il XII. Tremori palpebrali e periorali. Disartria grave in forma di balbuzie che aumentano nelle emozioni, consistenti sopratutto in ripetizioni sillabari, elisioni, raddolcimenti, tremori fascicolari dei muscoli mimici e contratture, lievi scosse irregolari oscillatorie del capo. Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori a destra; a sinista i movimenti passivi degli arti superiori ed inferiori offrono una resistenza inferiore alla norma, i movimenti attivi sono tutti possibili e completi ma si compiono con lentezza. La forza muscolare è diminuita negli arti di sinistra.

Riflessi: iridei pronti, cutanei e mucosi tutti torpidi e deboli, quasi mancanti a sinistra. Profondi vivaci più a sinistra. Non Babinski, nè clono. Vascolari deboli e fugaci.

Sensibilità: emiipoestesia sensitiva (tattile, termica, e dolorifica) e sensoriali (specialmente dell'udito) di sinistra.

Esame psichico: facile esauribilità, distrazione, irritabilità, algie vaganti, disturbi a tipo neurastenico - ipocondriaco, cefalea con senso di peso, casco neurastenico, spiacevoli sensazioni, notevole e facile emotività ed influenzabilità.

Status 10 VIII. 18 — Essendo notevolmente migliorato dalle balbuzie e nelle condizioni generali, ma persistendo (per quanto attenuati) i fenomeni istero - neurastenici si giudica temporaneamente inabile al servizio militare e si propone per una licenza di convalescenza di mesi 6.

OSSERVAZIONE 66.

C. S., a. 33, soldato, contadino. Nel Luglio 1916, sul Col Bricon durante un'intenso bombardamento perdette la conoscenza che riacquistò circa 20 giorni dopo in un ospedaletto di riserva a Belluno, (allora seppe che era rimasto seppellito dallo scoppio di una granata); era incapace di parlare ed accusava continui acusmi, ed ottundimento dell'udito. Cominciò a riacquistare la favella a Treviso, ma con grave balbuzie, e voce afona.

Status 19 Marzo 1917 — Condizioni generali mediocri, stato di nutrizione discreto, colorito della cute e mucose roseo pallido. *Riflessi* pupillari normali, cutanei e mucosi, corneo - congiuntivali vivaci, faringeo torpido e debolissimo, addominali e cremasterico vivaci a destra, meno vivaci a sinistra, così pure il plantare. Riflessi vascolari: dermografia pronta, vivace e persistente. *Linguaggio:* anzichè di vero e proprio mutismo, si tratta di balbuzie isterica con afonia.

20 Maggio 1917 — Esce guarito.

OSSERVAZIONE 67.

D. A. a. 25, soldato, contadino. Dal paziente non si può raccogliere alcun dato anamnesicó, perchè privo di favella e dell'udito; egli è per giunta analfabeta. *E. O.* Organi dei sensi normali ad eccezione dell'udito che è abolito. Per quanto riguarda la favella non si riesce a fargli emettere alcun suono.

Status 10. 12. 17. Essendo notevolmente migliorato si possono raccogliere i seguenti dati. Nel mese di agosto 1917 a Monte Mai in seguito a scoppio di granata venne travolto e perdette i sensi. Riavutosi all'ospedale da campo di Selvio, si avvide che non parlava e non sentiva.

22. XII. 17. Esce dal Neurocomio guarito.

OSSERVAZIONE 68.

B. C. a. 25, soldato manovale. Il 14 agosto 1916 a Gorizia per lo scoppio di una granata perdette la favella e l'udito. Accolto prima ad Udine, poi a Roma all'ospedale Principe di Napoli, vi rimase parecchi mesi e fu sottoposto a cure varie fra cui anche all'eterizzazione.

Status 20. V. 17. Funzioni di moto normali. Funzioni di senso: evidente tolleranza al dolore in tutto il corpo. *Riflessi:* pupillari presenti,

cutanei e mucosi deboli, profondi piuttosto vivaci, eccitabilità dei muacoli aumentata, dermografia. Favella: Mutismo ed afonia funzionale. Udito normale.

Esame psichico. Soggetto deficiente, abulico, fobico.

Status. I IX. 1917. Condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 69.

G. L. a. 21 soldato, contadino. Notizie anamnestiche precise mancano e non si possono ottenere, dal P. che non parla. Si sa soltanto che in seguito ad uno scoppio di granata rimase sordomuto.

Status. 17. V. 17. Motilità volontaria normale. Si osserva torpore e ritardo notevole percettivo di tutte le sensibilità superficiali. Ciò si nota specialmente per la sensibilità dolorifica per la quale il P. appare dapprima indifferente all'eccitamento e solo dopo qualche frazione di secondo manifesta una reazione quasi inibita, sia nell'espressione che nei movimenti di difesa.

Riflessi: — Pupillari normali, corneo - congiuntivali e faringeo deboli, addominali, cremasterici e plantari pronti. *Riflessi* periostei e tendinei normali, *riflessi* vascolari normali.

1 Settembre 1917. Esce guarito.

OSSERVAZIONE 70.

M. L. a. 30, soldato, contadino. Nulla nel gentilizio. Il P. ha sempre goduto buona salute. Nel mese di Ottobre 1916 sul Faiti, in seguito a scoppio di granata cadde a terra e perdette i sensi. Riavutosi dopo alcune ore si avvide che non poteva parlare e non sentiva.

Status 11 XII. 1917. E. O. Organi dei sensi normali ad eccezione dell'udito la cui funzione è abolita completamente. Per quanto riguarda la favella non emette suono alcuno.

Status 21. XII 17. Esce guarito.

OSSERVAZIONE 71.

M. P. a. *22*, soldato, contadino. Nell'anamnesi remota nulla si rileva. Sembra a quanto riferisce il P. che la madre sia sofferente di disturbi nervosi. Il P. non parla affatto, non sente ed è analfabeta. Per mezzo di gesti si riesce a comprendere che è stato ferito da scheggie di granata nella regione frontale S. e che in seguito non poté più parlare nè udire.

Status: — *13 - I - 17*. Organi dei sensi normali ad eccezione dell'udito la cui funzione è completamente abolita. In quanto alla favella non si riesce a fargli emettere alcun suono. I movimenti della lingua sono incompleti. Incoordinazione degli atti respiratori nei tentativi di fonazione.

Status: 20 - III - 17. Fu trasferito a Napoli in condizioni tanto migliorate che poteva ripetere le vocali a voce afona.

OSSERVAZIONE 72.

Ż. E. a. 25 soldato. Anamnesi famigliare, negativa. L'ammalato è stato sempre bene. Il 12 luglio 1916 a Cima Undici (Altipiano di Asiago) fu ferito al braccio destro da una scheggia di granata e successivamente investito da gas asfissiante per cui rimase come stordito e privo della parola e dell'udito. Fu ricoverato in un ospedale da campo dove riacquistò bene l'udito.

Status 21 giugno 1917. In seguito ad opportune applicazioni elettro - terapiche, il soggetto ha riacquistato la favella; pronuncia abbastanza bene i fonemi semplici ed anche parole comuni di una o due sillabe.

Status: 10 luglio 1917. Continua il miglioramento della favella; il soggetto parla corrente con pronuncia corretta e voce chiara.

Status 27 luglio 1917. Esce guarito dal neurocomio.

OSSERVAZIONE 73.

C. L. a. 25, caporale, meccanico. Il 22 Maggio 1917 sul Monte Faiti in seguito a scoppio di granata, rimase per 3 giorni privo della conoscenza. Presentava inoltre varie escoriazioni al viso ed al ginocchio destro e sordo - mutismo. In pochi giorni riacquistò gradatamente l'udito.

Status: 20 - VII - 17. Con opportune cure psico ed elettro terapiche il P comincia a riacquistare gradatamente la parola: rimane un lieve grado di balbuzie che aumenta notevolmente con le emozioni.

20 - VIII - 17. Esce guarito.

OSSERVAZIONE 74.

C. G. a. 21, soldato. contadino. Nulla dal lato ereditario. Il P. ha goduto sempre buona salute. Nel passato era stato in carcere per omicidio. Carattere emotivo, impulsivo. È un soggetto fobico. Il 30 Gennaio 1917 a Gorizia in seguito a scoppio di granata fu gettato a terra e perdette

i sensi. Riacquistatili dopo 7 giorni si accorse che non sentiva e non poteva parlare. Dopo un mese e mezzo riacquistò soltanto l'udito.

Status: — *20 - III - 17.* Organi di senso normali compreso l'udito la cui funzione si è del tutto reintegrata. Quanto alla favella il tono della voce è normale; permane tuttavia balbuzie grave con difficoltà nelle esplosioni delle parole, impossibilità di pronunciare le lettere *r. s. z.*, ripetizioni all' inizio della parola.

19 - III - 17. Esce guarito.

Osservazione 75.

B. G. a. 21, soldato, contadino. Il 9 Ottobre 1917 a Monte Cucco per lo scoppio di una granata rimase come stordito e privo dell'udito e della parola.

Status: 22 Gennaio 18. In seguito ad opportune cure il P. ha riacquistato gradatamente l'udito, specialmente a destra e la parola. Rimane però un certo grado di balbuzie che aumenta nelle emozioni.

20 - II - 18. Esce guarito.

Osservazione 76.

N. A., a. 27, soldato, contadino. La madre soffre di disturbi nervosi. Ha sempre goduto buona salute; però è stato sempre di carattere eccitabile. Il 12 Febbraio 1917 sul Pasubio, in seguito a scoppio di granata venne gettato a terra e perdette i sensi.

Status 20 III. 17 — Organi dei sensi normali, ad eccezione dell'udito che è abolito, in quanto alla favella non si riesce a fargli emettere alcun suono. *Esame psichico.* Nevrastenico, abulico, non parla, non presta attenzione, dimostra di non seguire nè parola, nè mimica, né gli atti di chi lo esamina; cammina a passo lento (piccoli passi). Sottoposto alla cura elettrica cade in uno stato di abbandono irrigidendo gli arti con accenno di tremori grossolani che non hanno nessun tipo. Da ieri mattina è rimasto in letto rifiutando il cibo e questa mattina ha fatto l'atto di scavalcare la finestra per gettarsi di sotto (a scopo di suicidio ?). Non essendo questo ambiente adatto per custodire simili soggetti si trasferisce al reparto segregazione (Clinica Psichiatrica).

Status 20 III. 17 — Dalle informazioni avute risulta che il P. si trova sempre nelle medesime condizioni. È sospetto di perseverazione (simulazione isterica).

OSSERVAZIONE 77.

P. G. a. 23, soldato, fioraio. Il 18 giugno 1918 a Coni Zugna, in seguito a scoppio di granata, cadde a terra privo di sensi, e poi fu colpito da convulsioni. Non sa dire dopo quanto tempo riacquistò la coscienza. D'allora in poi non ha potuto piú parlare ed ha notato forte diminuzione dell' udito all' orecchio sinistro con sordità completa all' orecchio destro. All'esame dell'udito fatto all' Istituto Invalidi risultò: perceziono normale della voce di conversazione a sinistra con difficoltà a destra; mutismo funzionale. Soffre ancora di attacchi convulsivi a carattere nettamente isterico (circa 2 volte la settimana).

Status 12 gennaio 1917. Motilità volontaria normale in tutto il corpo. *Riflessi:* iridei pronti, tendinei superiori, rotulei ed achillei presenti, plantari alluci, addominali e cremasterici vivaci. Non dermografismo. Sensibilità tattile, termica e dolorifica normali d'ambo i lati. Linguaggio: il soldato presenta una forma di afonia accentuata, ma le parole possono essere tutte articolate, se non che si nota la tendenza dell' infermo a non servirsi del linguaggio come espressione, mentre poi stimolandolo si constata che è in grado di articolare bene, benchè a voce afona le parole. É pure notevole che, oltre la scarsa tendenza ad esprimersi con parole, vi è pure deficienza di espressione mimica (amimia), la quale è scarsa e poco espressiva.

Dal lato psichico si tratta di un soggetto isterico con idee a timbro squisitamente ipocondriaco. É un fobico. Gli organi di sensi sono tutti normali, eccetto l'udito. Dall'orecchio destro il P. dice di non sentire affatto neanche parlandogli ad alta voce e in vicinanza dell'orecchio. Dall'orecchio sinistro sente solo se gli si parla ad alta voce e in vicinanza. Vi sarebbe perciò un regresso nell'acutezza uditiva, poichè nell'Istituto Invalidi fu riscontrato che a sinistra percepiva normalmente la voce di conversazione e a destra con difficoltà. Tuttavia non si tratta di un simulatore volgare, ma di un forte esageratore. In seguito, poi, il P. da esageratore diventò un simulatore inquantocchè alla scadenza di ogni licenza si ripresentava sordo - muto, simulando il disturbo già avuto.

C) SORDITÀ (esiti di sordomutismo)
(osservazione personale)

OSSERVAZIONE 78.

M. V. a. 30. sergente, cameriere. Il 5 Agosto 1916 a Cimà Bocche in seguito a scoppio di granata perdette i sensi. Riacqistatali non parlava e non sentiva nulla. Fu trasportato all'Ospedale di Vercelli dove ricominciò a parlare con voce afona, mantenendosi però sordo.

Status 20. V. 18. — Oculomozione normale. Nulla al VII. nè al XII, nessun disturbo della parola, la voce è chiara. Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori. *Riflessi:* iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei pronti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, corneali presenti, faringeo presente, auricolari mancanti a sinistra, deboli a destra. Sensibilità: emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica destra. Batiestesia e stereognosi normali. Visus: — I d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto bilateralmente specie nel quadrante nasale inferiore di sinistra. Udito: orologio, voce chiara e diapason a destra non vengono percepiti affatto (sordità completa), a sinistra invece il P. percepisce i rumori grossolani ed il diapason in immediata vicinanza dell'orecchio; così pure il fischio di Galton, ma non le parole né anche gridandogli a squarciagola. Riflesso cochleo - palpebrale presente d'ambo i lati. È da notare pure che il P. parla con voce molto alta quasi gridando. Chiudendogli l'orecchio sinistro egli alza ancora la voce. Legge con una rapidità sorprendente le parole sulle labbra dell'osservatore. Gusto ed ed olfatto: normali: Il P. percepisce ed esegue prontamente ogni comando. La lettura e la scrittura sono perfette. La scrittura sotto il dettato è impossibile. Esame psichico: il P. è piuttosto gaio, attivo e vivace. È bene orientato rispetto al luogo, al tempo ed alle persone che lo circondano. La percezione è buona, l'attenzione vigile. La memoria fedele. Il P. è molto impulsivo, gli affetti sono esagerati. Evidenti note degenerative psichiche. Si emoziona facilmente. In complesso si tratta di un carattere fobico. L'esame degli organi interni è negativi. Polso di media frequenza. L'esame otoscopico praticato più volte riuscì sempre negativo, fu rilevata soltanto un'anestesia bilaterale della membrana del timpano.

Status 13 VIII. 1918. Il P. percepisce a destra i rumori grossolani ed il fischio di Galton (toni acuti) non le parole (sordità verbale isterica); a sinistra sente le parole anche a distanza di 1 metro [è neccessario però ripeterle più volte].

Status 15. IX. 18. Il P. esce in condizione invariate.

D) PSEUDOAFASIA ISTERICA (sordomutismo + alexia + agrafia)
(Osservazioni raccolte a Villa Wurts)

OSSERVAZIONE 79.

P. P., a. 26, soldato, contadino. La madre da più di otto anni soffre di crisi convulsive. Nell' infanzia ha sofferto spesso di disturbi gastro - enterici e di febbri di natura non precisata. Dice di bere pochissimo vino, nega lues. Il 14 Marzo 1917 a Monfalcone per lo scoppio di una granata a una certa distanza mentre era in trincea con la

mitragliatrice ebbe perdita di conoscenza, pure non riportando nessuna lesione. Veramente sembra che rimanesse stordito soltanto e senza vera perdita della coscienza: ma non era più capace di parlare nè di comprendere qnanto gli si diceva, ed accusava notevole diminuzione dell'udito.

Status 6 VII. 17 — *Udito:* Notevole diminuzione dell'udito bilateralmente. *Riflessi:* Pupillari normali, cutanei e mucosi lievemente diminuiti specialmente il faringeo e il plantare. Profondi lievementi aumentati, muscolari piuttosto vivaci: dermografismo vasoparalitico persistente.

Favella: il P. comprende con ritardo e a stento quanto gli si dice e presenta una forma funzionale di sordomutismo, (incapacità di parlare e di ripetere quanto gli si dice); esiste pure incapacità di leggere ad alta voce; la scrittura è impossibile. *Esame psichico:* Lieve torpore percettivo (specie udito), attentivo e mnemonico: coscienza leggermente obnubilata: indole buona e carattere docile: notevole impressionabilità, emozionabilità, influenzabilità. In complesso si tratta di un soggetto fobico.

Status 15 VII. 17 — In seguito ad opportune cure fisiche ed elettroterapiche comincia a pronunziare ma a voce quasi afona parole e bisillabi. L'udito è ritornato normale. La lettura e la scrittura sono normali.

Status 15 VIII. 17 — Esce guarito.

Osservazione 80.

D. G., a. 25, soldato, contadino. Nella metà dell'aprile 1916, mentre il battaglione, sotto un intenso fuoco d'interdizione delle artiglierie nemiche, si avviava verso la linea del combattimento, il paziente perdette improvvisamente la conoscenza; non sa bene dire per quale motivo (perchè non lo rammenta) ma molto probabilmente per lo scoppio di una granata, sulla sinistra del Monte S. Michele. Riacquistò la conoscenza, non sa dire quanto tempo dopo, a Palmanova in un Ospedale. Dopo qualche giorno parlava a voce afona ma a stento e con balbuzie cosi grave da rendere incomprensibile la sua favella. Non era in grado nè di leggere, nè di scrivere.

Fu trasferito ad un istituto sordo - muti, ove in seguito alla rieducazione cominciò a leggere e a scrivere. Ben presto, con opportune cure (elettroterapia, ecc.), prese a migliorare notevolmente. Oggi pur rimanendo afono, riesce facilmente a farsi comprendere: ma nelle forti emozioni si accentua la balbuzie preesistente e si ha un facile affaticamento nella fonazione.

E) BALBUZIE

a) osservazioni personali

OSSERVAZIONE 81.

M. U., a. 28, soldato, contadino. Nega lues, non è bevitore. Ha goduto sempre buona salute. Il 25 agosto 1917 fu ferito da scheggia di granata alla regione posteriore della coscia S. Il P. ha riportato una forte emozione, " un arresto del sangue " come egli dice e da allora in poi non parlò più, come prima, ma tartagliando. Non ha avuto perdita di coscienza. Il P. afferma che ricorda bene tutte le parole, ma non riesce a parlare bene perchè " gli tirano i nervi dietro il collo. ,, Avverte inoltre offuscamenti visivi in forma di velo all'occhio S. Riferisce poi che le balbuzie aumentano coi cambiamenti atmosferici.

Status 20 Ottobre 1918. Oculomozione normale. Ammiccamento frequente. Lieve ipotonia del VII. inferiore di D. Presente il segno orbiculo-labiale a D. La lingua è tremola e viene sporta dalla bocca in modo incompleto soltanto dopo ripetuti inviti. Egli è capace di accartocciarla e di toccarsi l'ultimo dente colla punta della lingna. I movimenti passivi della lingua non offrono resistenze abnormi. Invitato il P. ad aprire la bocca egli esegue il movimento in modo incompleto, invitato invece contemporaneamente a sporgere la lingua egli esegue al completo tutti due i movimenti. I movimenti passivi della mandibola non offrono resistenze abnormi. L'ugola non è deviata, il velopendolo è bene mobile d'ambo i lati. Non disturbi della masticazione, nè della deglutizione. Il pellicciaio si contrae bene d'ambo i lati.

Esame dell'apparecchio periferico del linguaggio:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anomale.

Nel parlare si osserva che l'inspirazione non è rumorosa, ma è piuttosto frequente, l'espirazione invece è talvolta (durante gli accessi di balbuzie) rumorosa e forzata a causa della pressione esagerata nel laringe. Facendo contare il P. da 1 a 28 si nota che egli esegue circa 10 inspirazioni (qualche volta per ogni numero una inspirazione). L'espirazione bisbigliata (vocale a) dura 6-8", quella chiara 8-10". E' da notare che l'espirazione talvolta subisce un brusco arresto nel parlare, l'inspirazione si effettua ora per via nasale ora per via boccale. Le pause tra l'in-ed espirazione sono irregolari: in genere brevi.

b) esame della voce: la voce è chiara, il canto va bene (ma nel cantare persistono le balbuzie). I tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene. Il P. si serve o dell'attacco duro o di quello aspro che talvolta unisce a quello dolce.

c) esame dell'articolazione: si notano balbuzie accentuate in forma di esitazione ed impuntamenti iniziali, inceppamenti e ripetizione delle

sillabe, delle consonanti e delle vocali (tartagliamenti). Non si notano embolofrasie. Esiste invece una disartria litterale. Nei riguardi della pronunzia, si nota che le consonanti *f* e *v* talvolta sono pronunziate con diffetto (raddolcimenti) talvolta vengono omesse (elisioni). Invitato a parlare il P. cade in ansia, diventa intensamente rosso, suda, gli lacrimano gli occhi ed emette dei suoni non articolati e soltanto dopo ripetuti inviti e dopo un'intenso sforzo egli riesce a pronunziare le parole. Quando parla egli esegue numerosi movimenti associati col capo, col tronco e con gli arti.

Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. *Riflessi:* iridei pronti alla luce ed all'accomodazione, tendinei superiori presenti ed uguali d'ambo i lati; rotulei pronti d'ambo i lati, achillei idem, alluci plantari, faringeo presenti, congiuntivali e corneali più vivi a S. Sensibilità: Esiste ipoestesia tattile, termica e dolorifica in una zona all'emitorace sinistro che è limitata in basso da una linea circolare che passa per la mammella e si estende in alto sul collo fino alla linea mandibolare. Visus. D. — 1, S. — 0,50. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente più a S. Udito, gusto ed olfatto diminuiti a S. Esame psichico: Percezione buona, attenzione buona, contegno calmo. Facile emotività ed impressionabilità. In complesso si tratta di un soggetto fobico. Polso 90, uguale ritmico Esame laringoscopico: movimenti coreici delle corde vocali.

Status 20 Febbraio 1918. — Il P. malgrado le opportune cure psichiche ed elettriche (faradizzazione) esce dall'ospedale in condizioni invariate.

Osservazione 82.

D. A. a. 30, soldato, contadino. Nega lues, non beve. Dall'età di 7 anni è *balbuziente*. Nel mese di maggio 1917 in seguito ad uno scoppio di bombarda che gli produsse una forte emozione, ha notato che le balbuzie hanno aumentato di intensità (impuntamenti iniziali di lunga durata).

Status 3 - V - 18. Oculomozione normale. Non Graefe. Integro il VII ed il XII. Non Chvostek. La lingua é agitata da tremori grossolani e diffiusi, talvolta si osservano dei movimenti coreiformi della lingua; l'apertura della bocca è completa. Non disturbi della deglutizione.

All' esame dell' apparecchio periferico del linguaggio si nota: Esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare l' inspirazione non è rumorosa, si effettua per via nasale ed è frequente: l'espirazione viene talvolta bruscamente interrotta (durante gli accesi delle balbuzie). Facendo contare il P. da 1 a 28 si nota che egli esegue circa 7 inspirazioni (qualche volta per ogni numero una inspirazione). L'espirazione bisbigliata (vocale a) dura 7 - 9, quella chiara 10 - 12. È da notare che le pause tra l'in - ed espirazione sono irregolari, per lo più brevi.

Esame della voce: la voce è chiara, il canto va bene (si effettua senza balbuzie). I tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene, prevale l'attacco duro, che talvolta viene sostituito dall'attacco dolce e aspro uniti insieme. Esame dell'articolazione: si notano balbuzie in forma di lunghe esitazioni iniziali, impuntamenti, inceppamenti e ripetizione sillabare e litterale (vocali e consonanti). Il P. parla lentamente, spesso passa un lungo periodo di tempo fino che incomincia a parlare. Si notano embolofrasie complesse. Il P. esegue numerosi movimenti associati col capo e con le mani. Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. A mani protese nell'atto di chi giura spiccati tremori a rapide scosse. *Riflessi*: iridei pronti, rotulei ed achillei vivacissimi, idem addominali e cremasterici, alluci plantari, corneali e faringeo esagerati. Eccitabilità idiomuscolare esagerata. Dermografismo pronto e persistente.

La sensibilità tattile, termica e dolorifica è normale. Visus a D. = 3/4 a S. = 1. Non discromatopsia. Campo visivo senza alterazioni apprezzabili. Udito, gusto ed olfatto normali. Il P. esegue prontamente ogni comando. La lettura e la scrittura sono normali. Esame psichico: Il P. ha un'espressione del volto depressa, tiene un contegno agitato e sta in continuo movimento: è bene orientato rispetto il tempo, il luogo e le persone che lo circondano, La percezione è pronta, l'attenzione buona, la memoria fedele. Facile emozionabilità, si preoccupa molto del suo stato morboso e manifesta vivo desiderio di guarire presto. In complesso si tratta di un soggetto fobico. Polso 72, uguale, ritmico. a pressione media. Esame laringoscopico: motilità e sensibilità normale.

Status. 13 agosto. Esce in condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 83.

P. G., a. 27, soldato, contadino. Nell'anamnesi familiare nulla di notevole. Nell'Agosto 1917 fu una prima volta ferito da pallottola di mitragliatrice alla coscia sinistra. Curato convenientemente guarì e fu inviato in trincea. Sullo scorcio del Settembre 1917 fu nuovamente ferito sull'Altipiano di Bainsizza da scheggia di granata alla testa. La ferita per sè stessa era leggiera, ma gli produsse dei disturbi della parola consistenti in balbuzie. Dopo qualche giorno ebbe un attacco convulsivo.

Status 21 VI. 18 — Oculomozione normale. Graefe presente. Nell'atto di chiudere gli occhi accentuati tremori palpebrali. Chvostek di 1. grado. Nulla al VII. Tutti possibili e completi i movimenti della lingua. L'apertura della bocca è completa. L'ugola non è deviata, il velopendolo bene mobile. Non disturbi della deglutizione. All'esame dell'apparecchio periferico del linguaggio si nota:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare notasi che l'inspirazione non è rumorosa ma è piuttosto fre-

quente, l'espirazione invece è per lo più rumorosa e forzata a causa della pressione esagerata nel laringe. Facendo contare il P. da 1 a 28 si nota che egli esegue circa 10 inspirazioni (qualche volta per ogni numero due inspirazioni). L'espirazione bisbigliata (vocale a) è di breve durata, 5 - 7'', quella chiara 8 - 10''. E' da notare che l'espirazione subisce talvolta un brusco arresto nel parlare e viene seguita da un'altra in - ed espirazione. Le pause respiratorie sono brevi.

b) esame della voce: la voce è chiara, il canto va bene (persistono le balbuzie). Il P. esegue bene i tre attacchi iniziali, usa a prevalenza l'attacco duro e aspro, non quello dolce.

c) esame dell'articolazione: presenta gravi ed evidenti balbuzie consistenti in esitazioni ed impuntamenti iniziali, inceppamento, rapida esplosione delle sillabe, ripetizione sillabare e litterale (vocali e consonanti). Si notano embolofrasie semplici. Esistono numerosi e diffusi movimenti associati (capo, tronco, arti).

Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. A mani protese nell'atto di chi giura, tremori diffusi. *Riflessi*: iridei presenti, tendinei superiori idem, rotulei ed achillei pronti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci. Dermografismo pronto e persistente. Sensibilità: tattile, termica, dolorifica e pallestesica normale eccetto una ipoalgesia sulla lingua. Visus: = 1 d'ambo i lati (senza correzione). Non discromatopsia. Campo visivo normale. Udito, gusto ed olfatto normali d'ambo i lati. Il P. esegue tutti i comandi prontamente. Lettura e scrittura perfette. Esame psichico: l'espressione del volto è depressa. La mimica non è molto vivace. L'attenzione è buona, la percezione pronta, l'affettività mediocre. Il P. è poco socievole e manifesta vivo desiderio di guarire presto. Emozionabilità facile e brutale: intensi fenomeni vasomotorii come vampe, sudori, lena affannata ecc. La memoria è un po' infedele, è bene orientato rispetto al tempo, al luogo ed alle persone che lo circondano. Il P. è insofferente alla disciplina e facile alla collera. Carattere fobico e squisitamente isterico (con fondo degenerativo). Polso 72 a pressione media. Alla compressione dei globi oculari segue un rallentamento del polso da 72 a 62 al m'. Esame laringoscopico: buona la motilità, notansi soltanto movimenti coreici delle corde vocali. Iperestesia del vestibolo e del laringe.

Status 15 VIII. 18 — Esce in condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 84.

D. F., a. 25, soldato, contadino. Nulla nell'anamnesi remota. Dice che ambedue i *genitori sono affetti da balbuzie. Asserisce di essere stato anche* lui *sempre balbuziente* e di aver seguito invano lunghe cure per guarire le balbuzie. Le balbuzie per altro non erano gravi. In seguito a scoppio di granata al fronte (Giugno 1918) si accentuò fortemente la balbuzie.

Status 18 X 18. Oculomozione normale. Nulla al VII. nè al XII. All'esame dell'apparecchio periferico del linguaggio si nota:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare si osserva che l'inspirazione non è rumorosa, ma è piuttosto frequente, l'espirazione invece è talvolta (durante gli accessi di balbuzie) rumorosa e forzata a causa della pressione esagerata nel laringe. Facendo contare il P. da 1 a 28 si nota che egli esegue circa 9 inspirazioni (qualche volta per ogni numero una inspirazione). L'espirazione bisbigliata (vocale a) dura 7-9", quella chiara 9-11". E' da notare che l'espirazione subisce talvolta un brusco arresto nel parlare. L'inspirazione si effettua per via nasale. Le pause tra l'in- ed espirazione sono irregolari: in genere brevi. b) esame della voce: la voce è chiara, il canto va bene (si effettua senza balbuzie). I tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene. Il P. si serve dell'attacco duro che è persistente e talvolta si unisce all'attacco aspro. c) esame dell'articolazione: notansi accentuate balbuzie in forma di esitazioni ed impuntamenti iniziali, inceppamenti e rapida esplosione delle sillabe e delle parole. Esiste spiccata tendenza di parlare presto, talvolta con elisioni ed embolofrasie complesse. Esegue numerosi movimenti associati col capo e con le mani specie con la mano destra.

Normali i movimenti attivi e passivi del collo e degli arti superiori ed inferiori. Riflessi: iridei pronti, rotulei ed achillei pronti, addominali e cremasterici vivaci, corneali presenti, faringeo pronto. Dermografismo poco pronto e fugace. Sensibilità normale. Sensi specifici normali. Esame psichico: Il P. è bene orientato rispetto al tempo, luogo e le persone che lo circondano; la percezione è buona, l'attenzione vigile, la memoria fedele, l'affettività mediocre, l'emotività esagerata. In complesso si tratta di un soggetto fobico. Esame laringoscopico: motilità e sensibilità normali, si osservano soltanto movimenti coreici delle corde vocali.

Status 30 XI 28. Il P. ha notevolmente migliorato nelle balbuzie, e quali sono ritornate allo stato precedente al trauma. Viene trasferito ad altro Centro Neurologico.

B) OSSERVAZIONI RACCOLTE A VILLA WURTS:

Osservazione 85.

B. M., a. 22 soldato, contadino. A Col di Lana, riportò l'8 Novembre 1915, una ferita trasfossa tangenziale alla regione temporale sinistra per pallottola di shrapnell, con frattura dell'osso temporale corrispondente.

Status 17 Gennaio 1917. Motilità volontaria normale. In particolare si nota che è normale la mobilità della lingua (esistono disturbi di fa-

vella). Normali le varie forme di sensibilità. Diminuzione d'udito all'orecchio destro; un orologio che a destra viene percepito a circa 70 cm. di distanza, a sinistra viene percepito solo a 10 cm. Altri organi dei sensi ben funzionanti. Pupille di media grandezza, uguali, bene reagenti alla luce ed alla accomodazione; riflessi addominali e cremasterici normali, plantari in flessione; non Babinski. Riflessi vascolari: è notevole il comportarsi di questi riflessi sulla cute dell'addome e cioè ad una fugace stria di vasocostrizione iniziale ne segue una parimenti fugace di dilatazione. ed a questa infine una di vasocostrizione accentuata, ampia e duratura. Linguaggio: si constata nel soggetto una forma di balbuzie che consiste essenzialmente in impuntamenti all'inizio delle parole, talvolta anche all'inizio delle sillabe. Prima di pronunciare le parole si osserva che la lingua compie dei movimenti tra i denti e che i muscoli respiratorii si contraggono senza riuscire allo scopo: infine, dopo parecchi tentativi, la parola viene esplosa rapidamente.

Status: — *19. III. 17*. Durante la degenza in questo Neurocomio il paziente è notevolmente migliorato. Esce con una licenza di 3 mesi alla scadenza della quale è stato trovato perfettamente guarito.

OSSERVAZIONE 86.

C. N. a. 27, sergente, studente. Racconta che il 30 Giugno 1915, vicino a Monfalcone fu sbalzato per aria e poi gettato a terra dallo scoppio di una granata. Perdè la coscienza per una ventina di minuti. Riavutosi si accorse che balbettava fortemente ciò che gli impediva quasi di parlare. La balbuzie in seguito andò diminuendo leggermente, specie quando si trovava a parlare con persone di confidenza, come altri soldati o persone di famiglia; ed allora talvolta parlava in modo quasi normale. Va soggetto ad attacchi convulsivi a tipo isterico.

Ha 3 cugine balbuzienti ed egli stesso fu sempre balbuziente.

Status. — Normali i movimenti attivi: sensibilità tattile, dolorifica e termica normali. Regolare la funzione degli organi dei sensi. Pupille bene reagenti alla luce e alla accomodazione. *Riflessi* addominali, cremasterici, plantari normali; tendinei superiori deboli; rotulei ed achillei pure alquanto deboli, vascolari normali. Linguaggio: si constata nel soggetto una forma dì balbuzie consistente in impuntamenti all'inizio delle parole e sillabe e ripetizione di sillabe. Durante l'esame non si verificano variazioni in più o in meno del disturbo della loquela; però egli dice che parlando coi superiori il disturbo è più accentuato, mentre quando parla coi soldati è poco evidente, ed è quasi nullo quando parla con la propria moglie.

Status 6 Gennaio 1917. Esce balbuziente.

OSSERVAZIONE 87.

C. R., a. 25, sottotenente, possidente. Due sorelle viventi, isteriche e con grave deperimento organico. Il P. è stato fin da bambino sempre malaticcio ed ha fatto sempre cure ricostituenti. Non ha mai avuto veri e propri accessi convulsivi a tipo isterico, ma frequenti equivalenti psichici (depressioni morali improvvise con crisi di pianto immotivate, mutevolezza del carattere con variabilità dei propositi, indecisioni, fobie, facili simpatie e antipatie, eccessiva emozionabilità, ecc. ecc.). Fin da bambino per la più piccola emozione perdeva quasi la favella, che però all'improvviso riacquistava residuando un grado di balbuzie più o meno evidente.

Entra nel Neurocomio per una visita di revisione.

E. O. Nulla di notevole a carico della motilità attiva e passiva. Eccitabilità idio - muscolare aumentata. Dermografismo tardo all'insorgere, ma persistente. Riflessi mucosi e cutanei piuttosto vivaci; riflessi profondi torpidi. Non si mettono in évidenza speciali disturbi della motilità. Circa la loquela si notano gravi balbuzie funzionali. Psichicamente carattere e temperamento isterico, facile esauribilità ed irritabilità, emotività vivace, frequenti crisi di depressione con oscillazioni dell'umore, ipobulia. Trattasi evidentemente di un neuropatico originario costituzionale.

Status 13 VIII. 18 — Uscito in condizioni invariate. Si giudica permanentemente inabile ai servizi mobilitati, idone ai servizi sedentari.

OSSERVAZIONE 88.

P. L., a. 21, soldato, contadino. Nulla di notevole nel gentilizio. Il P. *è stato sempre un po' balbuziente*. Ha goduto sempre buona salute. Il 3 Dicembre 1916 si ammalò di febbre tifoide con complicazioni meningee e forse anche bronco - polmonari. Dopo la malattia aumentò notevolmente la sua balbuzie.

Status 20 III. 17 — *Riflessi:* Pupillari normali, cutanei e mucosi tutti presenti, un po' deboli i corneo - congiuntivali e i plantari. Profondi vivaci, specie i rotulei: negli arti superiori ben netto il segno del medio (Sciamanna). Dermografismo vaso - paralitico pronto e persistente. Il disturbo della favella consiste in esitazione notevole iniziale inspiratoria, seguita da pronunzia rapida di un gruppo di 1 - 3 parole (non veramente esplosiva) con qualche raddolcimento. Esame psichico: Dall'interrogatorio e dall'esame obbiettivo rilevasi un lieve grado di deficienza mentale; che tuttavia permette al P. di dedicarsi a qualche proficua occupazione.

29 Ottobre 17 — La balbuzie è rimasta pressochè stazionaria, tranne un lieve miglioramento appena rilevabile: si accentua notevolmente nei cambiamenti metereologici e nelle emozioni.

Osservazione 89.

Z. O. a. 27 soldato, commesso. Nulla nel gentilizio. Ha tre fratelli ed una sorella, due dei quali sono balbuzienti. Il soggetto a *6 anni*, in seguito ad attacchi convulsivi *rimase balbuziente*. Nella traversata da Valona a Brindisi rimase emozionato alla vista di un sottomarino nemico, e subito si avvide che parlava a stento. Sbarcato fu inviato all'ospedale militare di Firenze, indi al Neurocomio di Roma.

All'esame obbiettivo, nulla si rileva a carico dei vari organi. Riflessi integri, varie zone di ipoestesia dolorifica alla regione del petto sia a D. che a S. ed alla testa. Per quanto riguarda la favella il tono della voce è normale, esiste però notevole esitazione con balbuzie.

La parola esplode dopo un periodo d' incubazione tutto ad un tratto, con orgasmo e con evidente sforzo muscolare

20 - III - 18. Esce in condizioni invariate.

Osservazione 90.

M. A., a. 25, soldato, operaio. Nulla nell'anamnesi remota. Dei genitori, la madre è vivente, ma neuropatica. Un fratello fu riformato dal servizio militare per epilessia. Il P., da bambino ebbe il tifo, dopo il quale *residuò balbuzie*. È stato sempre sofferente di nevrastenia grave: fu due volte processato da borghese per ribellione alla forza pubblica ed assoluto per vizio di mente. Nei primi di Gennaio 1917, stando in trincea, per scoppio di granata, fu abbattuto e travolto dalle macerie; perdette completamente i sensi. Al risveglio in un ospedaletto da campo, non poteva quasi più articolar parola perchè balbettava fortemente.

Status 20. V. 1918. — Il P. è un istero - nevrastenico costituzionale ed ha una forma piuttosto grave di balbuzie funzionale, preesistente al trauma subito in trincea, ma che dalla emozione del trauma è stata notevolmente aggravata.

15. VIII. 18. Viene trasferito al Centro Neurologico di Napoli in condizioni invariate.

Osservazione 91.

F. G., a. 31, soldato, orologiaio. Ha tre fratelli tutti e tre nervosi, impressionabili, emotivi, irritabili: hanno mosse convulsive. Il P. è stato sempre emotivo, eccitabile, irritabile, nelle emozioni, specialmente di collera, aveva crisi nervose ed era impulsivo. Nel Trentino un giorno che non rammenta, circa quattro o cinque mesi fa, mentre lavorava in trincea ebbe una crisi nervosa, in seguito alla quale sarebbe caduto in istato di stupore isterico, che ora va diminuendo ma non è scomparso del tutto: contemporaneamente avrebbe presentato balbuzie ed emiparesi destra funzionali.

Status. 9 - VIII - 17. Nulla a carico dell'oculomozione, non paresi della faccia o lingua; paresi degli arti di destra con lieve ipotonia. Esame psichico. Carattere isterico. Amnesia lacunare corrispondente a tutto il periodo dello stato stuporoso: anche successivamente, fino al principio del corrente settembre lieve stato sub - stuporoso con notevole torpore percettivo e di fissazione mnemonica, quindi per detto periodo rievocazione delle immagini difficile, confusa, incerta, nebulosa.

Status. 27 - IX - 17. Sono scomparsi quasi completamente i disturbi della motilità e della loquela. Dice però di sentirsi lievemente confuso, stordito: ma è pure notevolmente migliorato anche nelle condizioni generali.

Status. 9 - VIII - 17. Si propone per tre mesi di licenza e per l' idoneità ai servizi territoriali.

Status: — 20 - X - 17. Esce guarito delle balbuzie, persiste solamente lieve confusione al capo.

Osservazione 92.

D. F., a. 20, soldato, contadino. Il 14 Maggio 1916 sul Monte Cucco per lo scoppio di una granata fu ferito alla coscia sinistra da scheggia di granata e rimase per 3 ore privo della conoscenza. Fu ricoverato in un ospedale di Cividale, già balbuziente, quindi, in secondo tempo, fu inviato al Celio, donde proviene.

Status 20 settembre 1918. Nulla a carico dell' oculomozione. Nulla al VII° nè al XII.° Nel parlare si nota balbuzie consistente in ripetizione delle sillabe, impuntamenti iniziali associati a numerosi movimenti sincinetici del capo e delle mani. Normali i movimenti degli arti. Riflessi: rotulei ed achillei presenti, addominali vivaci, iridei pronti. Sensibilità normale. Sensi specifici idem. Esame psichico: soggetto emotivo - fobico.

Status: 20 ottobre 1918. Il P. esce in condizioni invariate (originariamente balbuziente).

Osservazione 93.

G. A., a. 25. Caporal maggiore, operaio. Nel Giugno 1916 a Plezzo (alto Isonzo) per lo scoppio di una granata perdette la conoscenza e, trasportato al posto di medicazione, ebbe un accesso convulsivo. Ripresa la conoscenza dapprima era quasi incapace di parlare, per una grave balbuzie che rendeva incomprensibili i suoi tentativi di espressione con la favella. Successivamente la balbuzie andò lentamente ma progressivamente diminuendo di gravità.

Status 20. III. 17. — Linguaggio: notevole esitazione iniziale con pronunzia esplosiva: tale balbuzie si accentua notevolmente con le emozioni. Esame neurologico negativo. Esame psichico: carattere fobico, depresso, abulico, si emoziona facilmente.

Status 20. IV. 17. — Esce in condizioni invariate.

Osservazione 94.

G. U., a. 21, soldato, contadino. Nulla al gentilizio. Ha sempre avuto temperamento nervoso ed è stato spesso colpito da attacchi convulsivi in seguito a cause emotive. Nel Novembre 1917 non avendo più notizie della sua famiglia rimasta nel territorio invaso, si recò all'ufficio informazioni profughi, ove gli fu risposto che nulla si sapeva a suo riguardo. A tale notizia perdette i sensi e fu preso da attacco convulsivo, che lasciò balbuzie.

Status — *20. III. 18.* E. O. Organi dei sensi normali: per quanto riguarda la favella si nota balbuzie (leggero inceppamento all'inizio della parola). Temperamento isterico.

Status: — *25. IV. 18.* Esce guarito.

Osservazione 95.

G. D., a. 23, soldato, contadino. Nulla nell'anamnesi familiare. Il P. dice di essere stato sempre bene. Nel Settembre 1915 venne travolto da scoppio di granata; ne seguì balbuzie che s' accentuava con le emozioni.

Status: — *20. I. 17.* Esiste balbuzie accentuata.

Status: — *25. III. 17.* In seguito ad opportune cure psico ed elettro-terapiche, il P. è migliorato notevolmente dei disturbi della favella e nelle condizioni generali.

OSSERVAZIONE 96.

(balbuzie più afonia)

D. E., a. 24, soldato, possidente. Il 23 Marzo 1916, sul Monte S. Michele, cadde in un fosso che era invisibile alla superficie. Perdè la conoscenza per circa mezz'ora, poi ebbe sputo sanguinolento. Appena riacquistò la conoscenza si accorse che balbettava fortemente e che non aveva più voce e d'allora in poi non è più migliorato. Dalla nota trasmessa dall'Istituto Invalidi risulta che è affetto da *paralisi delle corde vocali (paralisi degli adduttori) di natura isterica (afonia).*

Status: — 13 gennaio 1917, Riflessi: Pupille di media ampiezza, uguali, ben reagenti alla luce ed all'accomodazione; normali i cremasterici, addominali, plantari, tendinei superiori, rotulei, gli achillei, muscolari. Linguaggio: Il P. presenta balbuzie ed afonia, ma può pronunciare qualsiasi parola e si fa comprendere bene. La balbuzie consiste in difficoltà di esplosione della parola, difficoltà che si rivela dalle contrazioni dei muscoli mimici che accompagnano l'inizio della pronuncia delle parole; inoltre impuntamenti dell'inizio delle parole e delle sillabe e in ripetizione di sillabe. L'afonia è di medio grado, la voce ha un timbro rauco un po' stridulo (disfonia). L'esame psichico dimostra forte depressione, facile emozionabilità, suggestionabilità, carattere isterico - fobico.

20 Marzo 1917. Guarito completamente. Viene proposto per i lavori agricoli.

F) AFONIA

Osservazioni personali

OSSERVAZIONE 97.

F. A., a. 24, soldato, contadino. Modico bevitore e fumatore, nega lues. Il P. riferisce che trovandosi su un'alta montagna e da alcuni mesi esposto alla pioggia e al gelo, una mattina dei primi di gennaio o febbraio 1916 (non ricorda bene) svegliandosi si accorse che era divenuto completamente afono e si sentì strozzare e stringere sotto il laringe. Aggiunge che per qualche settimana l'afonia si mantenne completa, e migliorò alquanto in seguito.

Status. 20 - I - 17. Oculomozione normale. Possibile la costrizione delle palpebre ed uguale d'ambo i lati. Nell'atto di digrignare i denti la parte sinistra della faccia si contrae meglio della destra. La lingua è bene protrusa, non é deviata. È mobile in tutti i sensi. Velopendolo in posizione normale, bene mobile d'ambo i lati. Ipertrofia tonsillare e segni di faringite catarrale. La voce è afona, non si notano disartrie.

Il respiro è frequente, l'espirazione rapida irregolare ed abbreviata. Normali i movimenti passivi e attivi del collo. Il pellicciaio si contrae bene d'ambo i lati. Tutti possibili e completi i movimenti sia attivi che passivi degli arti superiori ed inferiori.

Riflessi: rotulei molto pronti ed uguali d'ambo i lati, pronti ed uguali anche gli achillei, alluci silenziosi, deboli i riflessi plantari. Presente il riflesso degli aduttori, presenti e pronti i cremasterici, gli addòminali e gli epigastrici, presenti e pronti anche tutti i tendinei superiori come pure il massetterino e il mandibolare: corneali e congiuntivali pronti sia a D. che S. Riflesso faringeo quasi abolito d'ambo i lati. Sensibilità tattile, termica, dolorifica e pallestesica ben conservate ovunque. Udito: Rinne normale d'ambo i lati. Weber non lateralizzato. Gusto ed olfatto buoni a D. e a S. Vîsus: = a D. 5/6 a S. = 1/2 (da questo lato il P. dice che riportò un lieve trauma). Campo visivo lievemente ristretto bilateralmente. Colori ben percepiti a D. e a S. Esame laringoscopico. (Prof. De Carli): faringite catarrale cronica; Iperemia di tutto il vestibolo laringeo e delle corde vocali vere e false. Movimenti di adduzione e abduzione normali. Diminuita la sensibilità tattile e dolorifica del faringe e del laringe.

Eteronarcosi. Sottoposto alla eterizzazione con 70 cm. di etere non si riesce a debellare la disfonìa.

Osservazione 98.

A. P., a. 26, soldato, contadino. Nulla negli antecedenti ereditarii. Non ha avuto malattie degne di nota. Nel Maggio 1917 a Castagnevizza fu investito da uno scoppio di granata a gas asfissianti. Fu ricoverato in un Ospedale da Campo dove rimase per 15 giorni. Dimesso aveva tutt'ora tosse e cominciò a notare abbassamento di voce che andò progressivamente aumentando fino a giungere nell'Ottobre 1917 alla quasi completa afonia. All'esame laringoscopico fu riscontrato: laringe anatomicamicamente normale; le corde vocali vere sono discretamente arrossate ed infiltrate, come edematose, però si abducono ed adducono perfettamente. Vi è ipoestesia del faringe e del laringe.

Status 18 Giugno 18 — Oculomozione normale. Nulla al VII., nè al XII. Velopendolo bene mobile. Esiste afonia completa: il P. parla bisbigliando. Il respiro è superficiale, l'espirazione breve e rapida, talvolta irregolare. Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori. *Riflessi:* iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei pronti, addominali e cremasterici vivaci, faringeo debole, corneale pronto. Dermografismo pronto e persistente. Sensibilità: emiipoestesia tattile, termica e dolorifica sinistra. Batiestesia e stereognosi in ordine. Visus = 2|3 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo

ristretto d'ambo i lati concentricamente, più a destra. Udito: orologio e fischio di Galton meglio percepiti a destra; gusto ed olfatto diminuiti a sinistra. Il P. esegue ogni comando. La lettura e scrittura sono normali. Esame psichico: l'espressione della faccia é indifferente, il P. guarda per lo più in basso evitando lo sguardo di chi lo avvicina; è taciturno cerca la solitudine e fugge i compagni. E' bene orientato rispetto al luogo, al tempo ed alle persone che lo circondano. La percezione è pronta, l'attenzione buona. La memoria abolita per i fatti recenti. I calcoli vengono tutti eseguiti bene. Il paziente ha un'affettività scarsa, è piuttosto apatico, non manifesta dei desideri molto intensi. In complesso trattasi di un fobico. E' da notare che per quanto si è cercato di approfondire l'analisi del contegno del P., non si è potuto accertare trattarsi di un simulatore volgare. E' probabile che si tratti di un perseveratore o di uno che simula un disturbo già avuto.

10 VIII. 18 — Viene trasferito in un altro Centro Neurologico in condizioni invariate.

G) CASI DI ASSOCIAZIONI ISTERO - ORGANICHE
Osservazioni personali

OSSERVAZIONE 99.

Diagnosi: sordomutismo + Morbo di Basedow - Flaiani

S. L., a. 33, soldato, contadino. Nulla di notevole nell'anamnesi remota. Nell'Ottobre 1917 sull'Altipiano di Bainsizza fu colpito leggermente da una scheggia di granata all'orecchio destro: la ferita non presentava alcuna gravità, ma per lo spavento il P. perdette la coscienza ed al risvegliarsi s'accorse di aver perduto la favella e di essere diventato sordo. Dal momento del trauma inoltre ha notato la comparsa di una tumefazione al collo a sinistra.

Status 20 Settembre 1918 — Oculomozione normale. Non Graefe, nè Moebius, nè Stellway. Non esoftalmo. Nell'atto di chiudere gli occhi spiccati tremori palpebrali. Il VII. si contrae bene d'ambo i lati, però il P. non riesce a fischiare nè dare baci. Non Cvostek. La lingua può essere sporta dalla bocca completamente, non è deviata, è agitata da tremori diffusi. I movimenti passivi della lingua sono tutti possibili e completi e non offrono resistenze abnormi, quelli attivi sono tutti possibili ma limitati. L'apertura della bocca è completa ma si compie con lentezza. I movimenti passivi della mandibola offrono una resistenza superiore alla norma che si riesce a vincere completamente. L'ugola devia leggermente verso destra, il velopendolo è bene mobile. La deglutizione e la masticazione sono normali. Il P. ogni tanto esegue un

movimento di deglutizione. Il P. non può emettere alcun suono articolato nè inarticolato. Tossisce con voce afona. Sul lato sinistro del collo si nota una tumefazione di grandezza di un mandarino di consistenza dura elastica, non aderente alla pelle, poco spostabile e mobile coi movimenti di deglutizione (gozzo unilaterale). Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori. Nell'atto di chi giura a mani protese spiccati tremori vibratorii a rapide scosse.

Riflessi: iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei pronti, alluci plantari, addominali e cremasterici vivaci, mandibolare presente, faringeo esagerato, corneale e congiuntivale mancanti a sinistra, torpidi a destra, auricolari assenti. Dermografismo pronto e persistente. Eccitabilità idiomuscolare non esagerata. *Sensibilità:* il P. avverte poco gli stimoli tattili, termici, dolorifici e pallestesici a destra, niente affatto a sinistra. Analgesia della lingua, della mucosa boccale e dei condotti uditivi esterni. Batiestesia e stereognosi normale. Visus: = 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto fortemente d'ambo i lati. Udito: sordità completa bilaterale. Gusto ed olfatto: diminuiti d'ambo i lati più a sinistra. Il P. esegue prontamente ogni comando. La lettura e la scrittura sono normali.

Esame psichico: l'espressione della faccia è depressa, lo sguardo diretto in basso è piuttosto irrequieto e si nota un'agitazione psicomotoria, la mimica è molto vivace. Il P. è bene orientato rispetto al tempo, al luogo ed alle persone che lo circondano, la memoria è infedele, l'attenzione labile, la percezione non molto pronta. Manifesta vivo desiderio di guarire. Si emoziona facilmente, è timido, pauroso, durante l'esame va soggetto frequentemente ad accessi di vampe al viso e di sudori profusi, piange con facilità. In complesso si tratta di un soggetto fobico.

Cuore: nei limiti, toni netti. Polso = 130 al m', uguale ritmico a pressione media. Comprimendo i bulbi oculari il polso scende da 130 a 110 pulsazioni al m'. Urine: albumina e glucosio assenti. Esame laringoscopico: ugola allungata, ostio laringeo spostato a destra, corda vocale vera di destra fortemente iperemica, aritenoide alquanto ingrossata e congesta; paresi delle corde vocali di sinistra. Iperestesia del faringe e del laringe. Esame otoscopico negativo; notasi soltanto anestesia della membrana del timpano d'ambo i lati.

Status 20 Ottobre — Il P. nonostante le cure applicate (psico - elettroterapia e rieducazione del respiro) è rimasto sempre sordomuto. Quest'oggi ha avuto la visita della moglie la quale gli comunicò (per iscritto) una triste notizia di famiglia, il P. scoppiò in pianto dirotto (con voce chiara) per circa 1|2 ora e poi d'emblée riacquistò l'udito e la favella scandendo le parole e balbettando.

All'esame dell'apparecchio periferico del linguaggio si nota:

a) esame del respiro: allo stato di riposo nulla di anormale. Nel parlare si osserva che l'inspirazione non è rumorosa, ma è piuttosto

frequente; l'espirazione è talvolta (durante gli accessi di balbuzie) rumorosa e forzata a causa della pressione esagerata nel laringe. Facendo contare il P. da 1 a 10 si nota che egli esegue per ogni numero una inspirazione. L'espirazione bisbigliata (vocale a) dura 4 - 6'', quella chiara 8 - 10'' soltanto. È da notare che l' espirazione subisce un brusco arresto nel parlare. L'inspirazione si effettua per via nasale. Le pause tra l'in - ed espirazione sono irregolari, brevi, talvolta mancanti.

b) esame della voce: la voce è chiara, il P. si rifiuta di cantare dicendo che non sa fare ciò. I tre attacchi iniziali vengono eseguiti bene. Il P. si si serve però esclusivamente dell'attacco duro, parlando sempre con voce alta quasi con voce del comando militare: talvolta l'attacco duro si unisce a quello aspro.

c) esame dell'articolazione: notasi accentuata balbuzie in forma di unghe esitazioni con impuntamenti successivi all'inizio della parola la quale poi viene esplosa rapidamente. Si notano poche elisioni e costanti embolofrasie semplici. Il P. esegue numerosi movimenti associati col capo, colla faccia e con gli arti superiori, specie con la mano destıa.

Status 15 Novembre — Il P. parla sempre balbettando (specie nelle emozioni). Persistono invariati i sintomi del Morbo di Basedow. Esce con licenza di convalescenza di 3 mesi.

OSSERVAZIONE 100.

Diagnosi: sordomutismo più otite media catarrale cronica bilaterale.

R. L.. a. 20. soldato, barbiere. Nega lues, non bevitore. Riguardo alla presente malattia racconta che nel Maggio 1916 in un assalto ad Asiago fu fatto prigioniero e percosso; ma riuscì a fuggire riparando in un bosco continuamente battuto dall'artiglieria nemica dove restò tre giorni. Lo scoppio di un proiettile da 305 presso di lui lo fece cadere in terra svenuto e quando si riebbe aveva perduto l'udito e la favella.

Status 27 Giugno 1916. Oculomozione normale. Allo stato di riposo le rughe frontali si presentano ugualmente accennate d'ambo i lati, la plica naso - geniena e labio - geniena di sinistra si presentano un po' più profonde di quella di destra. Al comando di corrugare la fronte si nota che i due frontali si contraggono bene; al comando di digrignare i denti si nota che i muscoli della metà sinistra si contraggono un po' più di quelli della metà destra. Presente il segno orbiculo-labiale a destra. La lingua sporta diretta ben mobile in tutti i sensi può essere conformata a punta, a doccia e rovesciata all'indietro. L'ugola non è deviata, il velopendolo bene mobile. L'apertura della bocca è completa. Non esistono disturbi della masticazione nè della deglutizione. Il P. non è capace di emettere alcuna parola nè alcun suono articolato. Tossisce con voce afona. Il pellicciaio si contrae bene d'ambo

i lati. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori. *Riflessi:* iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei presenti ed uguali d'ambo i lati; alluci plantari, addominali e cremasterici presenti, corneali e faringeo pronti, dermografismo pronto e persistente. Sensibilità: Non esistono lesioni grossolane della sensibilità tattile termica e dolorifica. Visus — 3|4 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Udito: Il P... asserisce di sentire pochissimo il diapason e l'orologio quando si appressano al padiglione dell'orecchio. Rinne invertito d'ambo i lati. Weber lateralizzato a sinistra. Odorato e gusto: Il P. percepisce bene gli odori ed i sapori. Il P. comprende rapidamente il significato di qualsiasi comando. La lettura è perfetta. Il P. è capace di scrivere bene. Esame psichico: L'espressione della faccia è depressa, la mimica molto vivace. È bene orientato rispetto il tempo, il luogo, e le persone che lo circondano. La memoria è fedele, la percezione pronta, l'attenzione buona. Facile emozionabilità. In complesso trattasi di un carattere fobico.

Esame laringoscopico: negativo. Esame otoscopico: Otite media catarrale cronica bilaterale. Membrana del timpano opacata; scomparsa del cono luminoso, discreta retrazione del manico del martello. Esame funzionale dell'orecchio: diapason percepito per le onde aeree da entrambe le orecchie; meglio però per via ossea. Non Romberg. Alla rotazione nei due occhi qualche scossa di nistagmo orizzontale. Si regge bene su un piede. La sordità non è completa perchè avvicinandosi agli omeri ed alzando la voce il P. comprende tutti i comandi. Il P. fa comprendere come prima del trauma psichico potesse udire qualunque comando; quindi l'otite media cronica bilaterale non può dare ragione della gravissima sordità. Ad ogni modo non è possibile dare un esatto giudizio se la sordità è organica o isterica ed è necessario attendere l'ulteriore decorso della medesima.

Status 27 Agosto 1916. Persiste il mutismo e la sordità. Esame obiettivo uguale a quello precedente. Continua la cura psico - ed elettro terapica.

Status 15 Settembre 1916. Il P. esce in condizioni invariate.

OSSEBVAZIONE 101.

Diagnosi: sordomutismo + lesioni della membrana del timpano bilaterali.

L. G., a. 28, soldato, contadino. Nulla nel gentilizio e nell'eredità. Il 2. Settembre 1917 trovandosi sul Monte S. Gabriele ha avuto uno scoppio di granata molto vicino ed ha perduto la coscienza, che riacquistò al posto di medicazione; non ricorda altro. Perdette l'uso dell'udito e della favella, e riportò una ferita lacero-contusa interes-

sante tutti i tessuti molli nello spessore del sopracciglio destro. Fu ricoverato in vari ospedali. L'esame otoscopico praticato nell'ospedale di Alessandria diede il seguente risultato: a destra, parziale retrazione del timpano con iniezioni vasali, presenza di un grumo sanguigno nel quadro antero inferiore: a sinistra, opacamento e retrazione del timpano, non suppurazione. All'esame laringoscopico si notava: lieve arrossamento delle mucose; epiglottide, aritenoide e corde false normali, corde vere iperemiche situate in posizione esterna, e non spostabili nelle fasi di respiro, nè nelle vibrazioni forzate (paralisi degli addut-tori). Non spasmi respiratori.

Status: — 20 Ott. 1918. Oculomozione normale. Presente il segno di Rosenbach. Integri i movimenti del VII, però il P. non è capace di fischiare. La lingua è tremola e quando viene sporta dalla bocca oltrepassa di poco l'arcata dentaria. I suoi movimenti passivi non offrono resistenze abnormi, quelli attivi sono tutti possibili ma incompleti. Il P. non riesce affatto ad accartocciarla. L'apertura della bocca è un po' incompleta. Nessun disturbo della masticazione nè della deglutizione. Il velopendolo è bene mobile, l'ugola non è deviata. Il P. non è capace di emettere alcun suono articolato nè inarticolato. Normali i movimenti attivi e passivi del collo; si osserva un tremore del capo in senso verticale nell'atto di chiudere gli occhi. Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiosi ed inferiori. Nell'atto di chi giura a mani protese non si notano abbassamenti ma lievi tremori a rapide oscillazioni. La forza muscolare è leggermente diminuita nell'arto superiore di sinistra. Dinamometro D — 35; S — 20; *Riflessi:* — Iridei pronti, tendinei superiori presenti, rotulei ed achillei vivaci, alluci plantari. addominali e cremasterici vivacissimi, faringeo debole, corneale più debole a D. Sensibilità: — Emiipoestesia tattile, termica e dolorifica a destra. Visus: — 1 d'ambo i lati, non discromatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente d'ambo i lati specialmente a sinistra. Udito: A destra abolito completamente, a S. orologio e voce afona non vengono percepiti, percepisce invece le parole dette a voce alta in immediata vicinanza dell'orecchio. Gusto ed olfatto diminuiti a D. Il P. eseguisce ogni comando elementare e complicato. La lettura e la scrittura è normale. Legge con difficoltà sulle labbra dell'interlocutore.

Esame psichico: Non si può dare un'esatto giudizio sulla percezione perchè il P. non sente subito le domande; l'attenzione è buona. Il P. è depresso, tiene un contegno calmo, dimostra una esagerata emozionabilità ed emotività. In complesso si tratta di un fobico.

Status: — 2. Novembre 1918. Dopo la prima applicazione statica alla Franklin comincia a pronunziare qualche parola con voce afona e balbettando. Persiste la sordità.

Status: — 25 Novembre 1918. Condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 102.

DIAGNOSI: MUTISMO + SORDITÀ ORGANICA (Otite media catarrale cronica bilaterale)

D. G. a. 28, soldato, vetturino. (analfabeta) Nega lues, forte bevitore e fumatore. Nel Novembre 1915 fu ferito al torace, nonostante ferito continuò a fare il suo dovere finchè lo scoppio di una granata lo travolse e lo seppellì. Perdette i sensi per qualche ora ed al risveglio si accorse che parlava balbettando e sentiva poco. Fu ricoverato in varii ospedali; il decorso dei disturbi del linguaggio era oscillante: poichè il P. ora presentava dei periodi di mutismo completo (dopo emozioni vivaci) ora dei periodi di balbuzie, ora dei periodi senza nessun disturbo del linguaggio.

Status 20 Dicembre 1918. — Oculomozione normale. Non segno di Graefe. Nulla al VII. Non segno di Chvostek. I movimenti della lingua sono tutti possibili e completi, talvolta incoordinati. I movimenti della mandibola sono completi. L'ugula non è deviata, il velopendolo è bene mobile Non disturbi della deglutizione nè della masticazione. Il P. talvolta parla bene, talvolta nelle emozioni è balbuziente (impuntamenti iniziali o inceppamenti, balbuzie a ripetizione).

Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori. *Riflessi:* iridei pronti, rotulei ed achillei vivacissimi, addominali e cremasterici vivaci, corneali assenti, auricolari assenti, faringeo presente ma debole. La sensibilità tattile, termica e dolorifica è diminuita sulla faccia (2|3 superiore), abolita sulla lingua e sulla mucosa boccale. La pallestesia, batiestesia e stereognosi in ordine. Visus = 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Il campo visivo è ristretto concentricamente d'ambo i lati, più a destra. Udito: percepisce la voce alta, non percepisce la voce afona nè l'orologio; fischio di Galton e diapason percepiti d'ambo i lati, però meglio a destra che a sinistra. Weber lateralizzato a d. Rinne + a D; a s. invertito. Gusto ed olfatto normali d'ambo i lati.

Esame psichico: il P. ha l'espressione della faccia un pò depressa, la mimica è molto vivace. La percezione è pronta, l'attenzione buona. E' bene orientato rispetto al tempo, al luogo ed alle persone che lo circondano. La memoria e buona, un pò infedele per gli avvenimenti recenti. L'emotività vivace. Il P. non è fobico, ma ha invece un carattere ardito.

Polso 70 uguale, ritmico a pressione media. Esame otoscopico: A destra: otite media purulenta cronica con perforazione inferiore e secrezione purulenta: a sinistra esiti cicatriziali di otite media purulenta (cicatrice infossata nel quadrante anteriore). Esame laringoscopico: iperemia del vestibolo: motilità e sensibilità sono normali.

Status 25 Dicembre 1918. — Esce in condizioni invariate.

OSSERVAZIONE 103.

Diagnosi: mutismo + lesione traumatica della Zona Roland. di sinistra

A. L., a. 22, soldato, meccanico. Nega lues, non beve, non ha avuto malattie degne di nota. Fu ferito da scheggia di granata il 14 Agosto 1916 alla regione parietale sinistra. Dopo ferito rimase senza coscienza per un tempo imprecisabile. Riacquistati i sensi s'accorse di non poter più parlare mentre udiva bene tutto, notò inoltre che tutta la metà destra del corpo era insensibile e che non poteva muovere bene gli arti dallo stesso lato. Fu operato di estrazione di scheggia dalla ferita: dopo l'operazione la motilità degli arti di destra andò gradatamente migliorando fino quasi a ricomparire. Persistono sempre il mutismo e l'afonia completa. Non ha mai fatto cure di sorta.

Status 4 Aprile 1918 — Nulla a carico dell'oculomozione; buona ed uguale d'ambo i lati la costrizione delle palpebre. Nell'atto di digrignare i denti si nota che la metà destra della faccia non si contrae quasi affatto. La lingua non è deviata nè allo stato di riposo nè quando è sporta dalla bocca, è bene mobile in tutti i sensi ed in tutte le direzioni; notasi il segno del pellicciaio a destra. L'ugola non è deviata, il velopendolo bene mobile d'ambo i lati. Non esistono disturbi della masticazione nè della deglutizione. Il P. non è capace di emettere alcun suono articolato, nè inarticolato. Tossisce con voce afona.
Normali i movimenti attivi e passivi del capo. Normali i movimenti attivi e passivi degli arti superiori ed inferiori. A mani protese nell'atto di chi giura si nota che l'arto di destra si abbassa prima del sinistro. Dinamometro a destra = 20, a sinistra = 40. Ad arti inferiori sollevati l'arto di destra si abbassa prima del sinistro. La forza muscolare è diminuita nell'arto inferiore di destra. *Riflessi:* le pupille reagiscono bene alla luce ed all'accomodazione. I tendinei superiori sono più vivaci a destra; rotulei ed adduttori più vivi a destra; abduttori idem, alluci plantari, cremasterici, addominali vivacissimi. Non Babinski. Invitato il P. a mettere le mani in posizione di supinazione, egli non riesce che per breve tempo a destra (segno della Supinazione di Babinski). Invitato il P. a passare dalla posizione supina a quella seduta con le braccia incrociate si nota che egli solleva l'arto di destra e poi flette la gamba sulla omonima coscia (flexion combinée di Babinski). Romberg negativo. Non atassia statica, nè dinamica. Nella deambulazione si osserva che il P. solleva poco l'arto di destra e tende a falciare col medesimo.

Sensibilità: emiipoestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica destra. Batiestesia e stereognosi normale. Visus = 1 d'ambo i lati. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto a destra specialmente nel

segmento temporale superiore. Udito: fischio di Galton bene percepito d'ambo i lati: Weber non lateralizzato. Odorato e gusto diminuiti a destra.

Esame del linguaggio. Il P. non è capace di pronunziare e per conseguenza non ripete alcuna parola.

Il linguaggio spontaneo è pure abolito.

COMANDI SEMPLICI

Apri la bocca	esegue
Chiudi gli occhi	»
Metti il cuscino sulle gambe	»
Alza la mano	»

DENOMINAZIONE DEGLI OGGETTI (PER ISCRITTO)

bottiglia	bottiglia
carta	carta
coltello	coltello
cotone	cotone

COMANDI COMPLICATI

Alza il braccio D. e il piede S.	esegue
Prendi il vetro rosso	»
» » *disco, il lapis*	»
» » *gesso e mettilo sul tavolo*	»

LETTURA — COMANDI PER ISCRITTO

Metti la gamba D. sul ginocchio sinistro	esegue
» *la mano D. sull'orecchio sinistro*	»
Tocca il bottone della mia veste	»
Prendi il pennello	»

Scrittura sotto dettato: « Sono stato ferito in testa al fronte ».

Copiata: « Clinica oto - rino - laringoiatrica ».

Spontanea: « faccio il calzolaio; mia moglie è donna di casa. Stamattina mi ha visitato il professore e mi ha fatto scrivere ».

In complesso dunque non esiste nè afasia, nè alexia, nè agrafia, nè alcun disturbo della prassie.

Esame psichico: Il P. è piuttosto depresso, ha una mimica vivace, é bene orientato rispetto il tempo il luogo e le persone che lo circondano. La percezione è abbastanza pronta, l'attenzione buona. La memoria non sempre fedele. Esegue bene i calcoli elementari, non quelli complicati. Non manifesta desideri molto intensi, si emoziona facilmente. In complesso si tratta di un carattere fòbico. Polso 70, uguale ritmico a pressione media. Esame laringoscopico: la motilità delle corde vocali è normale, la sensibilità del laringe è integra.

Descrizione della ferita: in corrispondenza dell'osso parientale di sinistra esiste una perdita di sostanza ossea a tutto spessore della grandezza di una moneta da dieci centesimi, a margini irregolari Nel fondo della breccia si sente la pulsazione della dura madre la compressione

della quale é molto dolorosa. La breccia corrisponde topograficamente circa all'area di Broca. Il P. rifiuta di praticarsi la puntura lombare, la narcosi eterea e qualunque altro intervento chirurgico (bioscopico).

Status: 2 Novembre 1918 — Viene inviato al Neurocomio di Villa Wurts dalla commissione delle rassegne con diagnosi di *afasia organica.* Quando entrò non parlava affatto, aveva un respiro interciso ed afonia completa. Nei primi 3 giorni fu sottoposto alla rieducazione del respiro durante la quale si potè fargli ripetere a voce afona le vocali. Lo si fece in seguito assistere ad una seduta ipnotica in camera oscura, facendo funzionare per maggiore teatralità i raggi X. Si praticò subito l'ipnosi, ottenendo non un vero sonno ipnotico ma un forte stato emotivo durante il quale si riuscì a fargli dire a voce abbastanza chiara: « madre mia ». Da quel giorno andò rapidamente migliorando. Si incaricò il malato di leggere ogni mattina il giornale ai compagni, finchè al 12. giorno il soggetto parlava perfettamente a voce chiara.

OSSERVAZIONE 104.

Diagnosi: mutismo isterico + esiti di frattura della base del cranio.

P. G., a. 25, soldato, contadino. Nega lues, non bevitore. È stato sempre bene. Il P. racconta che il giorno 8 settembre 1917 a Col di Lana ha assistito ad uno scoppio di granata perdendo la coscienza e rimanendo in parte coperto di frana. Dopo un'ora riacquistò la coscienza e si accorse di non poter parlare affatto; pur sentendo tutto. Riportò una forte emozione: per qualche giorno ebbe inoltre vomito, diplopia, difficoltà nella deglutizione dei cibi solidi e nella masticazione. Ha praticato in seguito cure di gargarismi e di applicazioni faradiche al collo e dopo 3 mesi ha incominciato a parlare con voce afona, rimanendo in tali condizioni fino ad oggi. Insieme al mutismo scomparvero anch i disturbi della masticazione e della deglutizione,

Status 7 Maggio 1918. Oculomozione normale a destra, a sinistra invece il movimento di abduzione dell'occhio è quasi abolito; anche nel volgere lo sguardo in alto, all'esterno ed all' interno si nota che il movimento non viene eseguito completamente. Non Graefe. Nell'atto di chiudere gli occhi si notano spiccati tremori palpebrali e notasi inoltre che la costrizione delle palpebre si effettua meglio a sinistra. Nell'atto di digrignare i denti si osserva che l'angolo labiale di sinistra viene stirato meglio di quello di destra. Non segno di Chvostek. La lingua allo stato di riposo non é deviata, quando è sporta dalla bocca è tremula e devia verso sinistra. Tutti i movimenti della lingua sono limitati. L' apertura della bocca è completa. L'ugola devia verso sinistra, il velopendolo rimane immobile a destra, a sinistra si muove bene. Non disturbi della masticazione nè della deglutizione. Il P. non è capace di emettere alcun suono; parla con

voce afona bisbigliando in modo che appena appena si distinguono le singole parole (quando parla si ode il rumore caratteristico di degustazione). Anche nel tossire non emette alcun suono (afonia completa). Normali i movimenti attivi e passivi del capo. Arti superiori: A mani protese nell'atto di chi giura si notano spiccati tremori prevalentemente a destra e si nota inoltre une lieve tendenza dell'arto di destra ad abbassarsi prima di quello di sinistra. Normali i movimenti attivi e passivi.

Dinamometro = 15 d'ambo i lati. Arti inferiori: Sollevati gli arti si osserva che l'arto di destra si abbassa prima del sinistro. Il piede di destra è leggermente varo - equino. I movimenti passivi offrono un lieve aumento di resistenza, quelli attivi sono tutti possibili e completi ma si compiono con lentezza e con difficoltà. La forza muscolare è un poco diminuita nell'arto di destra.

Riflessi: la pupilla sinistra è maggiore di quella di destra (anisocoria), iridei pronti, tendinei superiori un poco più vivi a destra, plantari alluci a sinistra normali a destra in forma di ventaglio, non Babinski, nè Oppenheim, addominali e cremasterici vivaci, corneali, congiuntivali e faringeo presenti. Dermografismo pronto e persistente. Invitato il P. di passare della posizione supina in quella seduta colle braccia incrociate si nota che egli flette la coscia sul bacino e solleva tutto l'arto di destra (flexion combinèe di Babinski).

Invitato il P. a mantenere le mani in posizione di supinazione si nota che la mano di destra subito tende a pronarsi, (segno della supinazione di Babinski). Romberg negativo. Non atassia statica, nè dinamica. Nel camminare si nota che il P. solleva poco l'arto di destra, striscia leggermente col piede di destra e tende a falciare. Sensibilità subbiettiva provocata: la craniopercussione è dolorosa nella regione temporo - parietale di sinistra; sensibilità obbiettiva: esiste emiipoestesia tattile, termica, dolorifica pallestesica a destra (compresa la metà destra della lingua). Batiestesia e stereognosi normali. Visus a sinista = 1, a destra = $1/3$. Non discromatopsia. Campo visivo ristretto concentricamente d'ambo i lati, più a destra. Udito gusto ed olfatto diminuiti a destra.

Il P. esegue prontamente ogni comando. Nessun disturbo della lettura, nè della scrittura.

Esame psichico: Il P. tiene un contegno calmo e misurato, non è depresso, la mimica è molto vivace, l'attenzione un pò labile, la percezione è lenta, la memoria è fedele per fatti antichi, abolita per i fatti immediatamente successivi al trauma, debole per i fatti recenti. È bene orientato rispetto al tempo, al luogo ed alle persone che lo circondano. Affettività viva, facile emozionabilità. Il P. ha la piena coscienza del suo stato morboso e manifesta un intenso desiderio di guarire rapidamente e di rivedere al più presto i genitori.

In complesso si tratta di un fobico.

Polso: 72, uguale, ritmico a pressione media. Esame laringoscopico:

paresi della metà sinistra del laringe per probabile lesione del ricorrente: la corda di sinistra si avvicina e tocca la corda di destra nei tentativi di fonazione. Si ritiene che l'afonia è funzionale (Prof. Mancioli).

Status 13 Maggio 1918. All' inizio della cura il P. non era capace di compiere i movimenti respiratorii: invitatolo a respirare faceva un accenno di respiro nasale senza muovere l'addome nè il torace. Insistendo e facendogli vedere come avrebbe dovuto respirare, per circa una settimana non riuscì ad imitare il movimento, arrivando solo a compiere dei movimenti disordinati di masticazione. Dopo qualche giorno però, con la rieducazione dei movimenti respiratorii riescì a voce afona a pronunziare meglio i ed u, non ancora bene a ed o.

Attualmente il P. parla con voce afona; il respiro è ancora un pò incoordinato e sopratutto superficiale.

Status 1 - VI - 18. Ripete con voce chiara parole bisillabe; nel pronunciare le parole un pò più lunghe o frasi intiere la voce si affatica facilmente e diventa dapprima bassa e talvolta afona.

OSSERVAZIONE 105.

Diagnosi: Sordomutismo + Demenza Paralitica.

V. E. a. 28, soldato, molinaro, Nega lues e malattie nervose pregresse. Il 5 Agosto 1915 a Col di Lana riportò ferita da pallottola di mitragliatrice alla regione glutea sinistra e ferita cieca al collo. Cadde per terra e rimase subito sordo - muto. Non sa dire se ha avuto perdita di coscienza. Dalla cartella clinica risultano i seguenti dati obiettivi: emiipoalgesia sinistra, torpore dei riflessi mucosi, specialmente a sinistra, tremori della lingua e delle mani distese. L'udito è diminuito. Non parla affatto; ma sotto l'azione della corrente elettrica si è riusciti a fargli emettere qualche suono, (specialmente le vocali).

Status 3 Maggio 1918. — Oculomozione normale. Non Graefe. Nell'atto di chiudere gli occhi tremori palpebrali. Non Chvostek. Integro il VII. La lingua non è deviata, tremula, può essere sporta dalla bocca ma non completamente; sono limitati un pò i movimenti di lateralità. Il P. non è capace di rovesciarla all'indietro nè di accartocciarla. I movimenti passivi della lingua offrono un lieve aumento di resistenza che si riesce a vincere. L'apertura della bocca è completa. L'ugola non è deviata; sono normali i movimenti del velopendolo. Non esistono disturbi della masticazione, nè della deglutizione. Il P. non è capace di pronunziare alcuna parola nè di emettere alcun suono articolato, od inarticolato. Tossisce con voce afona. Normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori ed inferiori.

Riflessi = iridei pronti; tendinei superiori presenti; rotulei ed achillei pronti, addominali e cremasterici vivacissimi, faringeo presente, corneali presenti. Dermografismo pronto e persistente. Sensibilità: emi-

poestesia tattile, termica, dolorifica e pallestesica a sinistra. Batiestesia e stereognosi in ordine. Visus = 1 d'ambo i lati non discromatopsia. Campo visivo: notasi un lieve restringimento concentrico a sinistra. Udito, fortemente diminuito d'ambo i lati, più a sinistra. Fischio di Galton meglio percepito a destra. Rinne normale d'ambo i lati. Weber lateralizzato a destra. Olfatto e gusto diminuiti a sinistra. Il P. esegue tutti i comandi. La lettura e la scrittura sono impossibili. Invitato il paziente a scrivere egli dice di non ricordarsi più come si usa la penna e non compie alcun movimento per scrivere. Non esistono altri disturbi delle prassie.

Esame psichico: l'espressione della faccia è apatica. la mimica è scarsa, la percezione lenta, l'attenzione labile; non manifesta dei desideri molto intensi. La memoria è infedele per i fatti antichi e per quelli recenti: impossibilità di fissare l'attenzione. L'ideazione scarsa, l'associazione molto imperfetta. L'affettività scarsa, facile emozionabilità. In complesso esistono evidenti disturbi psichici che colpiscono la memoria immediata, la sfera associativa e l'attenzione; si tratta di un soggetto fobico. L'esame degli organi ed apparati interni è negativo. Cuore nei limiti, toni normali. polso 72, uguale ritmico a pressione media. Esame laringoscopico negativo per ciò che riguarda la motilità e la sensibilità. Esame otoscopico: negativo.

Status 13 Maggio 1918. Il P. fu sottoposto alla rieducazione del respiro con faradizzazione lieve endolaringea ed esercizio del gargarismo. Provò una grande impressione alla scintillazione elettrica alla Franklin e dopo circa 10 giorni riuscì a pronunziare a voce abbastanza chiara la parola *ai:* dopo qualche giorno ha incominciato a pronunziare altre parole facili mono - e bisillabe. Mentre parla compie dei movimenti di ammiccamento, eleva la metà destra della fronte, stira l'angolo boccale di destra, compie qualche movimento disordinato con la lingua e spesso agglutina le parole, esiste pure un certo grado di disartria: è difettosa la pronunzia di alcune consonanti.

Status 15. Giugno 1918. Persistono i disturbi del linguaggio e si procede ad un esame accurato dei medesimi.

ESECUZIONE DEI COMANDI		RIPETIZIONE DELLE PAROLE	
Chiudi gli occhi	esegue	*chiare*	chiare
Alza il braccio	»	*mulino*	mulino
Tocca il naso	esegue dopo esitaz.	*fazzoletto*	fazzoletto
Prendi la forbice	esegue	*radiografia*	latrifia
Tocca la lampada	non esegue	*calendaio*	candelaio
Levati la scarpa	esegue	*orologio*	orologio

DENOMINAZIONE DEGLI OGGETTI

penna	penna	*libro*	libro
chiave	chiave	*carta*	carta
giornale	giornale	*calamaio*	camalaio
spazzola	spazzola	*portamonete*	portamonete
specchio	specchio	*palla*	palla
calendaio	candelaio	*lampada*	non denomina
gomma	non denomina (ma indica bene l'uso)		

Parola spontanea: Invitato a raccontare che *mestiere faceva* prima di essere stato mobilitato, egli risponde: "tutto molino cascato motore salvato, tutto perduto maccine, ingranaggio,,. *Come sei stato ferito?* R.— « Eravamo in trincera quando capitano ha detto *arzalto* dopo so ferito un pichetto qui dopo sangue, dopo sono scappato, era un macello, fuggi e presi un' altra pallottola ».

Esiste amusia totale (si tratta di un analfabeta musicale).

In complesso dunque oltre la *disartria* si nota un' *afasia mista* (motoria e sensoriale a tipo transcorticale) consistente nel parlare in stile telegrafico, in amnesia verborum e parafasie.

Lettura: esiste alexia completa per le parole e per le sillabe, il P. riconosce soltanto alcune lettere, per lo più esita e non è pronto nella risposta. I numeri riconosce bene.

Scrittura: la scrittura spontanea è abolita, la scritura sotto il dettato è pure abolita, mentre il P. copia bene.

Nessun disturbo delle prassìe. È da notare che nel leggere le lettere i disturbi variano ed il P. una volta riconosce certe lettere e dopo un momento non le riconosce più.

Status 21 Luglio 1918. Il P. fu sottoposto alla cura di rieducazione della lettura e della scrittura. Infatti dopo poche sedute egli era in grado di riconoscere bene tutte le lettere dell'alfabeto. Attualmente si nota lettura sillabare. Esiste un'enorme lentezza dei processi associativi ed il P. è costretto a leggere più volte le parole anche le più semplici finchè riesce a comprenderne il significato.

La scrittura spontanea é sempre impossibile. Invitato a scrivere sotto dettato il P. scrive in parte bene in parte con paragrafie verbali e sillabari (caro padre = caro bor, = caro paro = caro pader) commette errori ortografici ed omissioni vitello = vitelo, parroco = paroco, ecc.). I calcoli di sommazione sono eseguiti bene, quelli di sottrazione male.

Status: 15 Agosto 1918 — Persistono tutti i disturbi invariati. Nella pronunzia delle parole di prova si nota una spiccata disartria a tipo demenza paralitica (trasposizioni, posposizioni, elisioni, arresto alla metà della parola).

Si pratica la reazione di Wassermann sul sangue che riesce positiva completa. (Prof. De Blasi) Si prescrivono iniezioni di Calomelano.

Status 15 Novembre 1918 — Il P. ha fatto la cura mercuriale senza giovamento. Persistono tutti i disturbi anzi più accentuati. La disartria è senpre più accentuata. La memoria è gravemente offesa (non sa dire nè l'anno, nè il mese nè il giorno in cui viviamo). Il contegno è quello di un demente: il P. tiene il capo rivolto per terra, lo sguardo è fissato nel vuoto, egli passa la giornata inerte, cerca la solitudine, non partecipa alla vita dei malati, non può applicarsi ad alcun lavoro anche più elementare. Dice di voler andare in famiglia, però si lascia facilmente suggestionare e senza rimpianto è disposto di rimanere ancora per lungo tempo nell'Ospedale. Non s' interessa, nè si preoccupa affatto del suo stato morboso.

In complesso quindi ho potuto raccogliere 105 casi di disturbi funzionali della parola così distribuiti:

CASI di	Mutismo	Sordomutismo	Sordità	Pseudoafasia	Balbuzie	Afonia	Associazioni istero - organiche	N.° compl.vo dei casi
N.° delle Osservazioni personali	18	19	1	0	4	2	7	51
N.° delle Osservazioni raccolte a Villa Wurts	21	19	0	2	12	0	0	54
Totale	39	38	1	2	16	2	7	105

Da questa tabella risulta che tra i disturbi funzionali della parola i più frequenti sono quelli di mutismo e sordomutismo (circa 75 0[0 dei casi), mentre tutti gli altri disturbi siffatti sono rari ed insieme presi rappresentano soltanto la quarta parte (circa 25 0[0) del numero totale dei casi osservati. Le prime 39 osservazioni si riferiscono al mutismo (39 0[0 dei casi osservati), tra

queste in 22 casi esisteva mutismo ed afonia completa, in altri 17 casi si trattava di esiti di mutismo sia in forma di balbuzie (osserv. 4, 9, 12, 16, 20, 21, 27, 30, 34 e 38), sia in forma di afonia (osserv. 8, 11, 19, 32), sia in forma di balbuzie ed afonia (osserv. 29 e 38). Le successive 38 osservazioni rappresentano casi di sordomutismo; anche qui, per ciò che riguarda il mutismo, esso in 27 casi era completo, mentre in altri casi si notavano esiti di mutismo sia in forma di balbuzie (osserv. 44, 45, 55, 59, 60, 62, 65 e 74), sia in forma di afonia (osserv. 56), sia in forma di mutismo ed afonia (osserv. 46 e 66). Per ciò che riguarda la sordità essa in 11 casi fu completa e bilaterale, in 3 casi completa unilaterale con ipoacusia semplice dall'altro lato (osserv. 43, 47 e 63), in altri casi trattavasi di esiti di sordità talvolta in forma di semplice ipoacusia bilaterale (osserv. 46, 48 e 64) o unilaterale (osserv. 65), talaltra (12 casi) in forma di ipoacusia più sordità verbale unilaterale con sordità o ipoacusia dall'altro lato. Infine in 3 casi (osserv. 68, 72 e 74) pur persistendo il mutismo, l'udito al momento dell'esame era normale, in un caso invece fu notato l'opposto cioè al momento dell'esame il mutismo era completamente scomparso e persisteva soltanto la sordità da un lato ed ipoacusia più sordità verbale dall'altro (osserv. 78). Successivamente vengono riportate 2 osservazioni raccolte a Villa Wurts di pseudoafasia isterica (mutismo e sordomutismo con alexia ed agrafia). Fanno seguito i 16 casi di balbuzie tra cui in 6 casi si trattava di balbuzie abituali o pregresse recidivanti od esagerate dopo il trauma (osserv. 82, 84, 87, 88, 89 e 90), in un caso (osserv. 96) le balbuzie erano associate ad afonia. Seguono i 2 casi di afonia. Infine le ultime 7 osservazioni concernono i casi di seguenti associazioni istero-organiche: sordomutismo più Morbo di Basedow - Flaiani di origine traumatica (osserv. 99), sordomutismo più otite media catarrale cronica bilaterale (osserv. 100 e 102), sordomutismo più lesione bilaterale della membrana del timpano (osserv. 101), mutismo più lesione traumatica della zona Rolandica di sinistra (osserv. 103), esiti di mutismo (afonia) più esiti di frattura della base del cranio (osserv. 104), sordomutismo più demenza paralitica (osserv. 105).

E' necessario ricordare ancora che le osservazioni 37 e 38, (mutismo) 76 e 77 (sordomutismo) appartengono al gruppo delle cosidette simulazioni isteriche (Simulationshysterie dei tedeschi) o simulazioni del disturbo già avuto.

Vediamo ora quali sono i sintomi dei disturbi della parola cui si riferiscono i sopra numerati casi da me studiati. Comincierò ad esporre la sintomatologia delle forme cliniche più frequenti cioè quella di mutismo e di sordomutismo per passare poi a quelle più rare come pseudo-afasia isterica, balbuzie ed afonia.

⁂

" L'hysterie est une maladie générale
qui modifie l'organisme tout entier „
Briquet

Sintomatologia.

Il primo a dare una sintomatologia del' mutismo isterico fu Charcot. Nelle sue *Leçons du Mardi* egli così descrive il siffatto disturbo; « il paziente il quale può muovere la lingua e le labbra e può fischiare, non può invece compiere i movimenti coordinati della lingua e delle labbra per articolare le parole, il paziente non è solo muto nel senso che non può proferire parola alcuna, ma egli è più che muto perchè è afono ». Come caratteristici del mutismo isterico Charcot riteneva inoltre i seguenti sintomi: una sorprendente vivacità della mimica, perfetta integrità dell'intelligenza ed assenza assoluta di agrafia ed alexia (col tempo lo stesso autore ammise l'esistenza dei casi di mutismo con agrafia). Come vedremo meglio in seguito, il quadro classico di Charcot non riproduce in modo fedele tutta la sintomatologia del mutismo isterico. Non si può negare a Charcot il merito di aver per primo afferrato la sindrome in parola e di aver rilevato la costante presenza dell'afonia nel mutismo isterico; però per quanto egli fu geniale nella sintesi clinica rimase altrettanto incompleto nella analisi dei singoli sintomi che si possono osservare nel mutismo funzionale ed alcuni dei quali (disturbi respiratorii) rappresentano la parte essenziale della sindrome in parola non meno importante dell'afonia stessa. Successivamente lo stesso Charcot fu obbligato ad ammettere l'esistenza di forme cliniche di mutismo isterico che non corrispondevano al quadro precedentemente esposto e che egli chiamò anomale per il fatto che in un caso egli aveva osservato notevole limitazione di tutti i movimenti della lingua.

Tala sintomatologia creata da Charcot fu accettata dalla mag-

gioranza degli autori del tempo e da molti dei più recenti tra cui JANET che la consideró come appartenente al gruppo delle cosidette " paralysies systèmatiques. ". Anche ultimamente alcuni autori (GRADENIGO, GORIA, FERRARI, MUCK, DONATH ecc.) nei loro lavori sul mutismo isterico si attengono alla sintomatologia classica di CHARCOT, mentre altri (GRASSET, GUILLAIN, SOLLIER e CHARTIER NATIER, PFLUG ecc.) in base alle accurate osservazioni personali hanno cercato di ampliare e modificare la sintomatologia suddetta, aggiungendo dei sintomi nuovi. Nessuno però di loro aveva dato una descrizione sintomatologica completa del mutismo isterico. Data la discordanza fra gli autori mi è sembrato prezzo dell'opera di analizzare uno per uno i varii sintomi del mutismo isterico e metterli a confronto con quelli osservati nei miei casi per poter così dare una descrizione completa della sindrome in parola.

E' necessario innanzi tutto far osservare come CHARCOT ebbe il torto di aver voluto dare un quadro clinico invariabile di una malattia funzionale che non ha quindi alcun sostrato anatomico, quando invece è noto che nelle malattie di tal fatta la variabilità dei sintomi è l'elemento più caratteristico. Con ciò noi non vogliamo negare il fatto che alcuni dei sintomi clinici del mutismo isterico sono costanti e rappresentano una conditio sine qua non nel quadro sintomatologico del mutismo stesso; ma accanto a questi sintomi costanti altri ve ne sono indubbiamente che possono anche mancare, e che quando esistono fanno parte integrante della sindrome stessa. E' vero che alcuni autori addirittura ritengono superfluo creare quadri clinici dell'isteria (mutismo compreso), partendo dal concetto che in questa malattia " tutto è possibile ,, ed affermano che non si può affatto dare un quadro positivo delle affezioni isteriche. Essi dicono: ogni qual volta ci si presenta un paziente di diagnosi dubbia (isterica od organica) questa deve essere fatta per exclusionem, cioè il medico è obbligato in ogni caso di escludere un'affezione organica soltanto e quando l'ha esclusa, di ammettere senz'altro l'isteria (LEWANDOWSKI). Ciò in linea generale è esatto, ma non basta. Poichè non è sufficiente per diagnosticare una sindrome isterica, escludere uua malattia organica, ma occorre anche, per dimostrare la prima, un gruppo di sintomi che possiamo chiamare positivi. E ciò è tanto più necessario quando si pensi che sono state recentemente create delle sindromi sui cui attributi ancora oggi si discute, se cioè di natura esclusivamente organica o funzionale come ad. es. la cosidetta *sindrome riflessa*

di Babinski, l'acinesia amnestica o *la miotonoclonia trepidans di Oppenheim ecc.* Tale necessità appare anche maggiormente manifesta quando si tratta di discriminare esattamente le sindromi isteriche (mutismo compreso) da quelle simulate.

Per queste ragioni mi sembra più che mai giustificato il tentativo di voler tracciare un quadro sintomatologico del mutismo isterico.

Analizzando i numerosi sintomi da me osservati nei vari casi di mutismo funzionale appare senz'altro chiaro che essi si possono dividere in 2 grandi gruppi:

a) sintomi costanti,
b) sintomi incostanti,

I primi si riferiscono direttamente al mutismo il quale, come vedremo più innanzi, consiste in una abolizione completa di tutte quante le funzioni che nell'insieme formano il cosidetto *apparecchio verbo-articolare periferico.* Per meglio comprendere questi sintomi che si possono anche chiamare diretti, localizzati o sistematici ("paralysie systématique" IANET), è utile riassumere brevemente il meccanismo periferico della emissione della parola nonchè i componenti della medesima.

Come è noto la parola articolata si compone di due elementi fondamentali:

1) suoni o vocali.
2) fonemi o consonanti.

La produzione delle vocali e delle consonanti (e per conseguenza delle parole) richiede il concorso di 3 grandi gruppi di organi periferici.

a) quelli che procurano la forza iniziale od *organi della respirazione,*
b) quelli che permettono la produzione di suoni od *organi della fonazione,*
c) quelli che modificano il suono primitivo aggiungendone delle consonanti ed amplificandolo od *organi dell'articolazione e della risonanza.*

Ad *a*) si distinguono due movimenti respiratorii; *l'inspirazione* che fa penetrare l'aria nei polmoni e *l'espirazione* che espelle l'aria precedentemente inspirata. Mentre l'inspirazione è attiva, l'espirazione è passiva. Durante l'inspirazione (volontaria) l'individuo contrae il diaframma, abbassandone la cupola, ciò che

aumenta il diametro verticale della cavità polmonare; a questo movimento si associa l'azione dei muscoli toracici che aumentano il diametro antero-posteriore e trasverso. Ora questo triplice ingrandimento del torace è causa di disquilibrio di pressione toracica interna ed esterna ed ha per effetto il rilasciamento passivo dei muscoli nell'espirazione. L'emissione di aria espiratoria (e questo è il punto più importante nel parlare), subisce anch'essa l'influenza della volontà, la quale regola la sua durata, l'intensità, l'uniformità e la frequenza.

ad *b)* la laringe normale ha un triplice compito cui attende con i movimenti delle corde vocali:

1) lascia libero passaggio all'aria respiratoria a mezzo dell'abduzione delle corde vocali (*funzione respiratoria automatica),*

2) produce i toni fondamentali della voce per mezzo di adduzione delle corde vocali le quali vengono a contatto con i loro margini sulla linea mediana ed opponendo resistenza all'aria espiratoria entrano in vibrazione sonora (*funzione volontaria*).

3) con l'avvicinamento delle corde vocali si trattiene con forza l'aria espiratoria lasciandola sfuggire in modo speciale, provocando talora emissione di suoni inarticolati come il grido, la tosse, il raschiare ecc. (*funzione automatica*).

ad *c)* alla formazione delle consonanti ed amplificazione delle vocali contribuiscono varii organi quali 1) *il faringe* che serve da risuonatore ed impedisce il passaggio dell'aria attraverso il naso insieme al 2) *velopalatino,* 3) *la lingua,* 4) *le labbra,* 5) *i denti,* 6) *la mandibola,* 7) *le guancie.*

Da quanto sopra risulta che i disturbi della parola a tipo periferico possono quindi essere di 3 specie; cioè *respiratorii, fonatorii* ed *articolatorii.* Facendo presenti le 3 categorie dei disturbi suddetti si può facilmente comprendere la sintomatologia diretta delle 3 principali forme di disturbi funzionali della parola a tipo periferico. La prima, la più frequente e che consiste soltanto in disturbi fonatorii e respiratorii è rappresentata dall'*afonia*; nelle altre due forme di siffatti disturbi funzionali si hanno invece disturbi a carico di tutte le tre funzioni verbo-articolari. Quando i suddetti disturbi sono lievi ed incompleti, essi danno luogo a quella forma di disartria che va col nome di *balbuzie* (di cui ci occuperemo in seguito); quando invece essi sono gravi e completi producono *il mutismo* isterico, i cui sintomi diretti per conseguenza sono costituiti da *dispneumia, afonia,* ed *anartria.* È necessario ora di procedere

ad una analisi più accurata di questa triade sintomatica, che dà luogo al caratteristico disturbo di cui ci occupiamo.

Due dei disturbi suddetti, cioè l'afonia ed anartria furono già rilevati da *Charcot* (per quanto *Charcot* abbia confuso l'anartria con l'afasia): infatti nessun paziente affetto da mutismo è in grado di emettere alcun suono articolato nè inarticolato: invitato a ripetere le vocali il muto non riesce che a produrre un rumore afono, fioco che *Charcot* chiamò col nome di " *grougnement* „. In qualche caso i muti funzionali conservano la facoltà di emettere dei gridi riflessi di dolore (*Oppenheim)* e della tosse (ad es. osserv. 13). Soltanto eccezionalmente si osserva che questi muti riescono a cantare, talvolta anche pronunziando bene le parole (caso 25); talvolta riescono a parlare nel sonno naturale (*Gowers*) (ed io stesso osserv. 15) od artificiale (osserv.1), oppure possono parlare in una lingua straniera, ma non in quella materna (*Breuer e Freud.*) L'anartria pure è assoluta, ed il muto isterico non è in grado di emettere alcuna consonante, non solo, ma egli non può eseguire con la bocca, con lingna o con le labbra alcuno dei movimenti necessarii per l'emissione delle consonanti e non può neanche imitare i movimenti suddetti quando gli si fanno vedere. In via eccezionale notasi che il mutismo è intermittente (si verifica ad ore fisse come nel caso di *Mendel*); più spesso è invece recidivante o transitorio (si verifica nelle emozioni, osserv. 102 ecc.) Il terzo disturbo, di cui *Charcot* non parla affatto e che pure oggi, giusta anche le osservazioni di *Natier*, *Pflug* ed altri, rappresenta un sintoma di massima importanza e secondo le mie osservazioni di uguale costanza ai due precedenti è la *dispneumia*. É vero che siffatto disturbo talvolta viene mascherato dai due precedenti e perciò facilmente sfugge ad un esame rapido e sommario specialmente nei casi di breve durata che guariscono di emblèe, però in realtà esso non manca mai. In vero è sufficiente di invitare qualunque muto a fare un tentativo di fonazione per mettere in evidenza la presenza di una grave dispneumia: i pazienti suddetti infatti durante la prova in genere non eseguono alcun movimento respiratorio destinato all'emississione delle vocali e talvolta non riescono neanche ad imitarlo (osserv. 11. 104., ecc.) oppure contraggono la glottide ed i muscoli intercostali toracici lasciando in disparte i movimenti diaframmatici - addominali, (*Sollier et Chartier* parlano in questi casi di respiro costale inferiore) i quali come è noto sono i muscoli a prevalenza adoperati (nell'uomo adulto) per parlare. Questi fatti clinici che dimostrano in alcuni muti - isterici la mancanza

assoluta dell' impulso necessario per mettere in opera l'apparecchio verbo-articolare periferico, in altri una tendenza di sostituire con impulsi destinati ad altre funzioni l' impulso suddetto, hanno un'importanza enorme per la patogenesi del mutismo 'isterico. I disturbi respiratorii sopracitati, talvolta difficili a rilevare nei soggetti che non eseguono alcun tentativo di fonazione, si manifestano invece in modo grossolano e facile a registrarsi nel decorso del mutismo stesso: non appena cioè il paziente riesce a pronunziare qualche vocale o monosillabo sia a voce chiara che afona. In questi casi è facile a rilevare, giusta anche quanto ha notato *Sollier* e *Chartier*, che il respiro è superficiale e che il perimetro toracico nel parlare non si modifica che di 1 cm. al massimo. Anche lo studio spirometrico fa rilevare allora che l'aria respiratoria ascende al massimo ad un litro e mezzo, mentre nel normale essa si porta a 3-4 litri (*Sollier*). Per meglio analizzare i disturbi suddetti (finora poco studiati e quasi trascurati nel mutismo, ad eccezione di alcune ricerche di *Natier*, *Sollier* e *Chartier* le quali peraltro si riferiscono sopratutto agli stadi regressivi del mutismo e non a quelli iniziali) ho creduto prezzo dell'opera di eseguire una serie di ricerche pneumografiche di cui ho riportato i due tracccciati più caratteristici; l'uno dei quali si riferisce al respiro toracico, l'altro al respiro diaframmatico - addominale. Dalle ricerche sul respiro toracico (pneumogramma I.) eseguite su di un paziente nel primissimo stadio regressivo del mutismo (il P. era appena appena in grado di pronunziare qualche monosillaba a voce afona) risultano i seguenti dati. Allo stato di riposo (d - d) il respiro è leggermente affrettato (20 inspirazioni al m'), l' inspirazione è talvolta superficiale e l'espirazione abbreviata con delle pause respiratorie un pò irregolari, talvolta abbreviate talvolta allungate. Si tratta in complesso di disturbi fugaci, i quali ad occhio nudo sono difficilmente controllabili; ecco perchè all' ingrosso si può dire che allo stato di riposo il respiro dei muti non presenta alterazioni apprezzabili, eccettuato il suo ritmo che talvolta è accelerato. Questo acceleramento in genere è insignificante (18 - 20 respiri al m'), ma talvolta è molto marcato e può raggiungere anche 35 respiri al m' (V. pneumogramma II.).

I dati più importanti che risaltano dal pneumogramma N. I. si riferiscono appunto ai gravi disturbi respiratori che si manifestano nei tentativi di fonazione ed articolazione. La siffatta grave dispneumia da alcuni autori come *Meige* e *P. Marie* nelle balbu-

zie fu definita col nome di « *anarchia respiratoria* ». Durante i tentativi di fonazione i pazienti si trovano disorientati e non riescono neanche sotto il più intenso sforzo ad eseguire i movimenti respiratorii ordinati e regolari indispensabili alla fonazione: essi non solo lasciano in disparte gl' importanti movimenti diaframmatici ed addominali, ma anche il respiro toracico viene eseguito con la maggior possibile irregolarità e non viene affatto coordinato con i movimenti fonatorii ed articolatorii. Ne deriva che i pazienti suddetti prima di parlare non aspirano aria affatto, oppure fanno una serie di respiri brevi che si succedono in fretta senza pause respiratorie, indi la respirazione diventa più profonda; però l'espirazione è sempre rapida e spesso interrotta, eseguita in due o più tempi. Mancando la coordinazione fra il respiro e la fonazione ne deriva che i pazienti suddetti cercano di parlare senza aria nei polmoni, oppure incominciano la fonazione tardivamente alla fine dell'espirazione e quindi con poca aria, altre volte infine parlano a dirittura nell' inspirazione ciò che rende la loro parola simile a quella di un ventriloquo.

Il pneumogramma N. II (addominale) fa rilevare ancora maggiormente i disturbi già descritti. Già allo stato di riposo esso ci fa notare la tendenza del paziente (Osservaz. 46.) di respirare col torace soltanto; solamente dopo ripetuti richiami egli riesce ad eseguire dei movimenti respiratorii associati addominali - diaframmatici i quali però ogni tanto vengono sospesi e sostituiti da respirazioni toraciche pure. Nel parlare poi i disturbi respiratori diventano spiccatissimi (il paziente era in grado di pronunziare qualche parola con voce afona e balbettando). Infatti tutti i disturbi già ricordati precedentemente si ritrovano nuovamente in questa grafica del respiro addominale. Il paziente in genere fa delle rapide inspirazioni, tende a parlare talvolta senza inspirazione o durante l' inspirazione stessa; l'espirazione è rapida e di brevissima durata, oppure non uniforme, intercisa e si compie in due tempi di cui uno rapido, l'altro un pò più lento.

Riassumendo dunque i disturbi respiratorî nel mutismo isterico e rispettivamente negli esiti di mutismo suddetto sono di due ordini: uno è dato *dall'abolizione o deficienza dei movimenti stessi*, l'altro *dalla incoordinazione sia dei varii movimenti fra di loro sia in rapporto con i movimenti fonatori ed articolatorii.*

I disturbi respiratorii or ora notati si ritrovano più o meno accentuati in tutti i casi di mutismo isterico sia nei casi recenti come

in quelli antichi. Non è giusta quindi l'affermazione di alcuni autori secondo i quali essi mancano nei casi di data recente. Tutt'al più i siffatti disturbi possono far difetto in quei casi di brevissima durata che vanno col nome di *inibizione momentanea della parola*, e non sono da considerarsi come di vero mutismo.

Nei casi, poi, i quali guariscono d'emblée, anch'essi di breve durata, i disturbi respiratorii scompaiono rapidamente insieme all'afonia e l'anartria; e possono rimanere latenti qualora non vengano ricercati con particolare cura.

La dispneumia, quindi, accanto all' afonia e all' anartria rappresenta la triade sintomatologia costante del mutismo isterico.

Nell'ulteriore studio dei casi di mutismo funzionale furono registrati però molti altri sintomi incostanti, i quali non hanno un rapporto diretto con il meccanismo periferico della parola. Infatti, mentre *Charcot* in base a poche osservazioni personali dava per certo che nel mutismo isterico è soltanto abolito il meccanismo dei movimenti destinati all'articolazione della parola, noi oggi sappiamo che ciò è vero soltanto per una piccola parte dei casi e che il più delle volte non solo è compromesso il meccanismo suddetto, ma anche la motilità dei relativi muscoli. Così per ciò che riguarda i movimenti della lingua io ho potuto constatare che in circa metà dei casi essi sono aboliti o limitati. Come si vede dunque l'opinione di *Charcot* che ritiene la limitazione dei movimenti della lingua nei muti isterici come eccezionale è tutt'altro che veritiera. Peraltro già nel 1896 *Mingazzini* in base ad una osservazione personale sostenne giustamente contro *Ransom* la tesi che l'assenza di ogni fenomeno paralitico della lingua non è affatto patognomonica del mutismo. Per ciò che riguarda il grado della *paresi della lingua* si possono osservare tutte le gradazioni: da una lieve astenia che si manifesta con l' incapacità del paziente a tenere la lingua protrusa se non per brevi istanti (osserv. 14), ad una eccessiva lentezza dei movimenti con limitazione modica dei medesimi talvolta più accentuata a destra (osserv. 43) e deviazione della lingua ora a sinistra (osserv. 49) ora a destra (osserv. 11), fino ad una paralisi grave e quasi completa di essa. (ad es. osserv. 8).

É doveroso però osservare che queste paralisi della lingua sono talvolta bizzarre ed irregolari inquantochè interessano alcuni movimenti soltanto come la protrusione, mentre gli altri sono integri. Così pure in un caso ho potuto notare un'assoluta impossibilità di sporgere la lingua dalla bocca, ma invitato successivamente il paziente

ad aprire la bocca egli era riuscito a compiere bene sincineticamente anche il movimento di protrusione (v. osserv 81). Nella maggioranza dei casi di paralisi della lingua coesisteva uno *spasmo* più o meno accentuato (osserv. 3, 8, 13, 41. 42, 53). Quando poi lo spasmo era totale la lingua era completamente immobilizzata, come si è potuto osservare in un caso descritto da *Mingazzini* di contrattura glossostafilo - maxillina (osserv. 18). Nell'osserv. 15, invece, lo spasmo era intermittente e colpiva la lingua di destra e la metà della faccia di destra (tic glosso - facciale di destra). Nei casi di spasmo accentuato della lingua viene compromessa necessariamente un'altra funzione della lingua cioè quella della *formazione del bolo alimentare* e lo spostamento di questo verso il faringe; dimdoochè i cibi solidi rimangono immobili nella cavità orale ed i pazienti debbono prima trasportarli verso il faringe (osserv. 3 e 18). Anche nei casi in cui lo spamo non è che lieve, viene talvolta compromessa la funzione alimentare della medesima: così i pazienti suddetti si lamentano che non possono spazzare via i cibi i quali rimangono tra l'arcata dentaria e la guancia e debbono aiutarsi bevendo dell'acqua (osserv. 4, 43, e 45).

Anche i movimenti dei muscoli innervati dal facciale inferiore possono essere più o meno compromessi nel mutismo isterico ed i siffatti disturbi esistevano in circa 40 °[₀ dei miei casi. In una parte di essi il disturbo concerneva il meccanismo dei movimenti destinati al fischiare ed al baciare (pars. media m. orbicularis oris). Così nelle osservazioni 4, 5, 7, 40 e 101 i pazienti non erano capaci di fischiare, mentre nelle osservazioni 3, 8, 10, 15, 42, 51, 53, e 58 nè fischiare nè dare baci. È utile qui far presente che la suddetta impossibilità di fischiare nei casi sopracitati non può essere ascritta soltanto al fatto che i soggetti in parola non riescono a fonare il fischio, ma anche alla funzione motoria per sè stessa che è abolita. Oltre all'abolizione delle funzioni di fischiare e di baciare (funzioni cui in parte attende anche il VII° paio, giusta le vedute di *Gowers* e di *Mingazzini)* esisteva una paresi uni - o bilaterale più o meno grave del VII° inferiore. Una paralisi completa però non ho mai notato. Il pellicciaio ed il VII° superiore erano sempre integri. In genere invece si trattava di una lieve paresi dei muscoli innervati dal facciale inferiore di destra. In alcuni di questi casi esisteva una lieve ipotonia (osserv. 17, 43, 49, 54 e 81) in altri la paresi si manifestava soltanto nell'atto di digrignare i denti (osserv. 43, 50, 97 e 100), talvolta era circoscritta all'elevatore del labbro superiore (osserv. 14 e 48), nell'osserv. 41

era grave (vedi la fotografia), altre volte era bilaterale e più accentuata a destra (osserv. 13 e 54). In un soggetto mancino la paresi notavasi invece a sinistra (osserv. 14): fatto importante per la patogenesi del mutismo isterico. Nei casi di paresi unilaterale non esisteva alcun segno di spasmo nè dal lato della paresi nè dal lato opposto ed era presente il segno orbicolo - labiale di *Oppenheim Mingazzini* lì ove era possibile la sua ricerca (osserv. 13, 49, 81 e 100). Non esistevano alterazioni quantitative nè qualitative di eccitabità galvano - faradica. È importante fin d'ora di sapere che alcuni dei casi di mutismo con paralisi del VII° inferiore si sono svolti non in seguito a traumi, ma in seguito ad emozioni; per cui si può senz'altro escludere nei casi suddetti una base qualunque organica di origine traumatica (osserv. 13, 14, 41, 48 e 49). In tutti i casi poi, compresi quelli di origine traumatica, anche se la paresi era molto grave (osserv. 41 e 50) mancava qualsiasi segno di una lesione organica e sopratutto la paresi del pellicciaio; la quale, come è noto, non manca mai nella paresi del VII° inferiore di origine organica. Siffatta paresi, infine, spesso grave all'inizio del mutismo isterico (osserv. 41), andava diminuendo negli stadii regressivi (osserv. 14) e scompariva insieme alla guarigione o poco prima del mutismo stesso (osserv. 43, 48, 49, 50 ecc.).

Essendo la paresi del VII° inferiore di origine isterica un sintomo mai fin'ora descritto nel mutismo funzionale, sintoma tanto più importante per quanto talvolta unilaterale e a destra, ho creduto prezzo dell'opera di riportare le fotografie di due casi, (fig. 1 - 2, tavola III) che presentano il disturbo suddetto: uno a destra, l'altro a sinistra (mancino).

Infine eccezionalmente può essere compromesso soltanto il meccanismo della mimica (osserv. 62 e 57).

Fra gli altri movimenti, che possono essere limitati nel mutismo isterico, vi è quello dell'apertura della bocca. Una paralisi dei massetteri non ho mai potuto osservare. Ciò che è frequente invece ad osservarsi è un leggiero trisma (circa 20 °|₀ dei casi), cioè una limitazione attiva e passiva più o meno accentuata dei movimenti dell'apertura della bocca (osserv. 3, 7, 8, 18, 41, 42, 43, 48, 53, 54 e 57) oppure un lieve limitazione del movimento attivo soltanto dell'apertura della bocca senza un'aumento di resistenza passiva nel movimento passivo suddetto. (circa 15 °|₀ dei casi, osserv. 2, 4, 7, 15, 40, 43, 47, 51, e 101). Una sola volta esisteva invece

unaumento di resistenza passiva soltanto senza alcuna limitazione dello stesso movimento attivo (osserv. 17).

I disturbi della masticazione non furono mai da me notati, nemmeno i disturbi di deglutizione ad eccezione di quelli già descritti e dovuti alla limitazione dei movimenti della lingua. Talvolta i pazienti si lamentavano di difficoltà subiettive (senso di globo ecc.) nell'inghiottire i cibi, peró questi disturbi non erano mai controllabili obiettivamente, nè mai fu notata fuoriuscita di liquidi per il naso. D'accordo con ciò il velopendolo fu trovata in genere bene mobile. In due casi soltanto ho notato una abolizione completa dei movimenti volontarii del velopendolo, ma anche qui senza disturbi della deglutizione (osserv. 13 e 18). La motilità del velopendolo è compromessa invece per lo più soltanto nei tentativi di fonazione durante i quali esso poò rimanere immobile (osserv. 18) oppure può abbassarsi invece di venir sollevato (osserv. 5).

La motilità delle corde vocali può essere normale. *Muck* sostiene che la motilità di quest'ultime e precisamente l'adduzione è sempre alterata in ogni caso di mutismo (rispettivamente di afonia) di origine isterica, aggiungendo che anche se la motilità delle corde vocali è apparentemente all' ispezione integra, esiste sempre una impossibilità parziale o totale di adduzione nei tentativi di fonazione: fenomeno che egli chiama col nome di *paralisi latente degli adduttori* (*verdeckte Adduktoren lähmung)*. Io debbo dire che sebbene questo fenomeno in realtà sia qualche volta presente (ad es. Osserv. 1., 2. e 8.), non è affatto costante dimodochè l'esame laringoscopico riesce completamente normale (Osserv. 14. e 41.). Altra volta invece esiste una paralisi completa degli adduttori (Osserv. 13., 47. e 101.) cui può associarsi in qualche caso la paralisi degli abduttori (Osserv. 54.). Nell'osservazione 49. le corde vocali furono trovate in posizione cadaverica. La paralisi isolata degli abduttori non fu da me mai registrata; secondo *Gowers* però la siffatta evenienza è tutt'altro che rara nell' isteria. Infatti *Gowers* descrive i pochi casi menzionati nella letteratura di spasmo degli adduttori piuttosto come una paralisi degli abduttori. Ciò che invece io ho potuto osservare è lo spasmo degli abduttori (Osserv. 3.) che può essere anche unilaterale (Osserv. 11.). Quest'ultimo fatto rilevato anhe da *Muck* ha la sua importanza di fronte alla tesi di *Behr* ed *Ammersbach*, i quali affermano che le lesioni funzionali non sono mai unilaterali e che è sufficiente solo questo fatto per escludere una lesione organica.

Anche i tensori delle corde vocali possono essere colpiti da paralisi o paresi nel mutismo isterico (Osserv. 5.).

Le paralisi delle corde vocali testè notate nel mutismo funzionale hanno una grande importanza di fronte all'affermazione di quelli autori i quali, come *Bilancioni*, credono di poter sostenere in via aprioristica la tesi che « nel mutismo isterico domina il fatto dell'abolita funzione del centro d' ideazione, nell'afonia del disturbo delle vie associative », donde l'affermazione impossibile ad accettarsi che « lo stato istero - paralitico della laringe produce l'afonia, mentre nel mutismo isterico il movimento delle corde vocali è conservato perfetto ». Dopo la definizione del mutismo isterico già più volte da me esposta mi pare superfluo di ritornarvi per dimostrare la poca esattezza di siffatta distinzione tra il mutismo e l'afonia isterica; e sia lecito ricordare soltanto che già *Charcot* dimostrò che l'afonia fa parte del mutismo e che per *Gowers* il mutismo isterico non è altro che un'afonia associata a « paralisi della lingua ».

In quanto poi alla sensibilità del laringe e del faringe questa può essere normale, oppure abolita (Osservaz. 5., 13., 50., 56. e 57.) o diminuita (Osserv. 15., 38., 41., 43. e 47.) ovvero esagerata (Osserv. 3., 11. e 54.). A seconda che esiste anestesia, ipoestesia o iperestesia del faringe il riflesso faringeo è abolito, diminuito e esagerato.

In un solo caso ho notato un'astenia dei muscoli del collo di destra. Per ciò che riguarda gli arti si osservano tutte le forme di passaggio dalla semplice astenia fino alla paralisi completa sia solo a carico dell'arto superiore o inferiore, sia a carico di ambedue gli arti da un lato. Così nelle Osservazioni 2. e 3. esisteva una emiastenia destra, nell'osserv. 91. emiplegia completa di destra, nelle osservazioni 26., 62., 64. e 101. un'astenia (rispettivamente paresi) degli arti di sinistra, nell'osservazione 7. l'astenia colpiva soltanto l'arto superiore di sinistra, nell'osservazione 63. soltanto quello inferiore di sinistra e finalmente nell'osserv. 59. soltanto l'arto inferiore di destra. I caratteri di queste emi o monoparesi isteriche erano quelli già noti, cioè la diffusione uniforme a tutti i segmenti degli arti, assenza delle alterazioni della motilità riflessa che sono caratteristiche di lesioni organiche (clono vero, Babinski ecc.) e presenza dei fenomeni sensitivi isterici.

Royer e *Baumel* e *Laboucle* riferiscono dei casi di mutismo associato ad astasia e abasia isterica.

Non ci rimane infine che registrare i sintomi generali isterici

riscontrati nei soggetti affetti da mutismo funzionale. Le forme monosintomatiche nel sensu stictiori sono rare e queste appartengono piuttosto alle forme oligosintomatiche (V. osserv. 55., 82 e 83.). La grande maggioranza dei casi invece è rappresentata da casi polisintomatici in cui si fanno rintracciare le stigmate isteriche, (in molte osservazioni raccolte a Villa Wurts le ricerche suddette furono omesse). Fra le stigmate abbiamo potuto notare l'abolizione o diminuzione dei riflessi mucosi (corneali, congiuntivali, nasali, auricolari, faringeo), tutte le varie forme di anestesia (anestesia globale generale, a tipo funzionale segmentario, emianestesia sensitivo - sensoriale destra e sinistra); in un caso l'anestesia era limitata soltanto al territorio d' innervazione dei due rami (1. e 2.) del V.° d'ambo i lati (Osserv. 102.) Raramente ho potuto verificare una iperestesia sensitivo - sensoriale (fotofobia, insofferenza di rumori ecc.). Abbiamo notato invece il più delle volte il restringimento del campo visivo bi - od unilaterale concentrico od a settori (nasale, osserv. 1. e temporale, osserv. 2.). Il visus era talvolta diminuito da uno o d'ambo i lati ed in rari casi vi fu una discromatopsia per il rosso e verde (Osserv. 2.) o bleu e verde (Osservaz. 4.). Il gusto ed olfatto erano diminuiti uni - o bilateralmente. Sulla lingua inoltre spesso esisteva una analgesia (ad es. Osserv. 54. e 57.) o ipoalgesia (Osserv. 40., 44., 56., ecc.), la quale in genere era diffusa alla mucosa boccale.

Fra i disturbi vasomotorii ho potuto notare il dermografismo in tutte le sue forme (bianco, rosso, tardivo, precoce, fugace o persistente, seguito o no da riflesso pilomotore), sudorazione, vampe alla faccia ecc. Il riflesso oculocardiaco ove fu ricercato è stato quasi sempre negativo; tre volte soltanto fu notato un rallentamento del polso alla compressione dei globi oculari (Osserv. 9., 83. e 99.). Nell'osserv. 99. però si trattava di mutismo isterico associato a morbo di Basedow traumatico.

La frequenza del polso era media, raramente si notò una modica tachicardia (Osserv. 9., 16. e 53.).

Per ciò che riguarda i grandi attacchi isterici essi da me non furono mai osservati. Qualche volta invece ho notato delle « crisette » oppure degli attacchi isteriformi nei soggetti affetti da mutismo specie all' inizio della cura quando si è provato a ricorrere ai metodi di cura un pó energici o bruschi. Le funzioni psichiche in genere erano ben conservate. *Charcot* rilevò come costante nei muti isterici una perfetta integrità dell' intelligenza, prontezza di

percezione e vivacità della mimica. Ora nei casi di mutismo da emozioni di guerra le funzioni psichiche possono essere talvolta alterate, ciò vale sopratutto per i casi da scoppio di granata con perdita di coscienza. In siffatti casi esistono disturbi della memoria la quale può presentare una lacuna per i fatti che si riferiscono al trauma stesso (amnesia lacunare), oppure può essere abolita per i fatti antecedenti al trauma o consecutivi al trauma (amnesia retrograda o antero - retrograda), infine si può notare dismnesia attuale o di fissazione (amnesia anterograda) cioè continuando dopo il trauma l'impossibilità di fissare. La dismnesia di fissazione è in genere parziale od incompleta ma talvolta può essere completa assumendo quella forma che *Pitres* chiamò delirio ecmnesico o ecmnesia ed in cui la memoria è bene conservata per gli avvenimenti anteriori ad un determinato periodo della vita, abolita invece per gli avvenimenti successivi. Oltre i disturbi della memoria esistono disturbi dei varii processi associativi e talvolta un'enorme lentezza di essi. La mimica, sebbene in generale vivace ed espressiva, in qualche caso é scarsa (Osserv. 2., 7., 11., 42., 56. ed altre). In qualche caso esisteva uno stato stuporoso o substuporoso con gravi disturbi psichici (Osserv. 17., 36., 42., 43., 57. e 61.). I disturbi psichici talvolta assumono forme di psicosi depressiva (Osserv. 41.) od anche allucinatoria con stati di eccitamento e confusione mentale (Osserv. 44.). In altri casi esiste una depressione semplice con idee a timbro squisitamente ipocondriaco, per modo che ai sintomi isterici si aggiungono varii sintomi neurastenici, quali confusione e parestesie al capo, vertigini, cardiopalmo, disturbi gastrici, astenia agli arti inferiori, insonnia, inappetenza, offuscamenti visivi ed altri (Osserv. 2., 5., 15., 16., 20., 22., 32., 56., 57., 58., 59., 61. e 64.). Il segno di *Rosenbach* (tremori palpebrali nell'atto di chiudere gli occhi) è anche esso abbastanza frequente (Osserv. 4., 5., 7., 11. e 13.), molto raro invece il segno di *Chvostek* (Osserv. 7.), di *Graefe* e di *Moebius* (Osserv. 50.), lo stesso dicasi per i noduli di *Schiff*; peraltro si nota talvolta una ipereccitabilità idiomuscolare a rapide scosse ed in un caso anche a scosse lente (Osserv. 29.).

Fra le funzioni psichiche la piu alterata è sempre quella che si riferisce al carattere del soggetto. Astrazione fatta dei casi in cui per deficienza mentale congenita su base degenerativa esistono spiccati disturbi della sfera mentale, morale e volitiva (Osserv. 30., 55., 67., 83., 87., 88.), in genere si tratta di soggetti paurosi facilmente emozionabili ed il cui carattere si può definire col nome

di emotivo - fobico. Rare volte trattavasi di soggetti con emotività scarsa (Osserv. 56.) oppure di soggetti con un carattere ardito (Osserv. 21., 40., 52. e 102.). Qualche volta il carattere dei muti funzionali presenta quelle note caratteristiche che furono definite come carattere isterico e che consistono, oltrechè nella già ricordata esagerata emozionabilità, in abulia, mutevolezza, instabilità, irascibilità, falsità, teatralità, tendenza all'esagerazione che talvolta degenera in una vera e propria « simulazione isterica » (Osserv. 37., 38., 76., ecc.).

Tutti i sintomi sopradescritti che si riferiscono al *mutismo isterico* si osservano tali quali quando il mutismo si associa a *sordità*, sindrome che va col nome di *sordomutismo*. I disturbi funzionali dell'udito che si possono pure osservare isolatamente (sordità isterica) assumono le piu svariate forme cliniche; e si osservano tutte le forme di passaggio da una ipoacusia semplice unilaterale fino alla sordità totale bilaterale. Quando esiste sordità totale il paziente non ode nulla e nessun stimolo uditivo per quanto forte o di sorpresa raggiunge la sfera uditiva cosciente nè allo stato di veglia nè nel sonno naturale (*Muck*), ciò non pertanto si osserva una percezione dei suoni subcosciente (*Barth*) e riflessa come ad es. la possibilità costante di provocare il riflesso cochleo - palpebrale o il riflesso delle corde vocali (*Muck*). Fra le altre forme di disturbi funzionali dell'udito le quali possono stabilirsi primitivamente oppure rappresentare gli esiti di una sordità totale ho potuto osservare le seguenti:

a) sordità totale unilaterale associata ad una ipoacusia dall'altro lato,

b) ipoacusia bilaterale o unilaterale.

c) ipoacusia più sordità verbale isterica in genere unilaterale ed associata a sordità totale o ipoacusia dall'altro lato.

Da quanto sopra si inferisce quanto polimorfo ed irregolare sia il quadro sintomatologico dei disturbi funzionali dell'udito. Quando l'ipoacusia è semplice sia uni - o bilaterale il quadro clinico è abbastanza regolare e rassomiglia a quello già noto delle lesioni organiche (percezione buona dei rumori forti e della voce chiara, sordità per i rumori fini e voce afona). Le bizzarrie invece incominciano là dove, come spesso avviene nel decorso del sordomutismo, il paziente incomincia ad udire certi stimoli uditivi ed altri no. In genere nel riacquistare l'udito i sordomuti isterici dapprima incominciano a riudire i rumori forti; ma spesso esiste

una sproporzione nella percezione dei varii stimoli uditivi sia nel senso che l'udito riappare dapprima per i toni medii (*Sollier*) sia nel senso che sebbene i rumori o suoni non eccessivamente forti come ad. es. il canto vengono percepiti anche a distanza, non viene invece compreso il significato delle parole neanche dette a squarciagola in immediata vicinanza dell'orecchio, sintoma che va col nome di *sordità verbale isterica*. Quest'ultimo disturbo fu osservato recentemente in un caso di sordomutismo dall'*Hirschfeld*; io ne ho osservato circa 10 casi. (Osserv. 49 - 59) Alcuni autori come *Raymond*, *Raymond et Janet* e *Calligaris* hanno descritto un'altra forma di sordità funzionale e precisamente la cosidetta *sordità verbale pura isterica* di cui io non ho osservato alcun caso. Noi rimandiamo il lettore a proposito di questi casi alle obbiezioni già fatte e a quelle che faremo nel capitolo della diagnosi differenziale. I casi di sordità verbale isterica appartengono in sensu strictiori alle pseudo-afasie isteriche di cui altri esempi ci vengono forniti dai casi di mutismo isterico con agrafia ed alexia. Di questi ultimi ho potuto raccoglierne due (Osserv. 79 e 80). Le caratteristiche dell'*agrafia* funzionale o meglio dell' impossibilità di scrivere sono quanto mai polimorfe: essa può essere assoluta dimodocchè i pazienti non ricordano affatto il modo con cui si scrive e mancano dell'impulso corticale necessario per scrivere (aprassia circoscritta); altre volte essi scrivono col lapis e non con la penna, riescono a scrivere bene le lettere d'affari e non quelle private (*Lewandowsky*), oppure scrivono durante l'ipnosi (*Janet*), talvolta invece i pazienti sebbene riconoscano bene le lettere e le sillabe e le scrivano bene, non riescono a scrivere le parole se dettate in una sola volta specie se polisillabe e riescono invece a scrivere bene le parole monosillabiche (*Ballet et Sollier*), infine si notano spesso delle omissioni (per disturbi di attenzione) ed errori ortografici che *Charcot* ingiustamente definisce come «*paragrafie*».

Gli stessi caratteri bizzarri si osservano nei casi di *alexia isterica* la quale può essere totale o parziale (sostituzione o soppressione delle parole, (*Bernheim*.).

Marinesco descrive un caso di afasia isterica caratterizzata da agrammatismo, jargonafasia, afasia d'intonazione e disartria: disturbi nel complesso così bizzarri che lo stesso autore definisce la sindrome suddetta col nome di «*afasia paradossale*». *Raymond et Janet* hanno descritto un caso simile con disturbi intermittenti.

Alcuni autori come *Guillain e Schönfeld* sostengono che i disturbi isterici del linguaggio possono essere identici a quelli di varie forme di afasie organiche. Io in base all'esperienza personale non posso che negare l'esistenza di disturbi a tipo organico di origine isterica. Ad ogni modo allo stato attuale delle nostre conoscenze ed in base alla revisione dei casi già esistenti nella letteratura non si può dare una sintomatologia nè anche approssimativa di siffatti disturbi descritti col nome di «afasie isteriche» sia perchè, giusta anche le vedute di *Babinski*, in molti di questi casi si trattava probabilmente di afasie organiche con sintomi identici a quelli di afasie suddette di cui qui non è luogo ad esporre il dottrinale, sia anche perchè in alcuni dei casi suddetti si trattava verosimilmente di associazioni istero organiche con una sintomatologia complessa ed irregolare in cui non era possibile stabilire con certezza quali sintomi erano dovuti a lesione organica e quali erano semplicemente funzionali (v. anche osservazione personale 105).

Per ciò che riguarda le *amusie isteriche* noi rimandiamo il lettore al lavoro di *Ingegnieros* il quale ha potuto osservare fino a 15 diverse forme cliniche di siffatto disturbo. Il materiale clinico di cui ho potuto disporre, composto di analfabeti musicali, non mi ha permesso di osservare alcune delle forme di amusia isterica. Siffatto disturbo nei miei casi rappresentava semplicemente un'epifenomeno del mutismo in cui coesisteva sempre un'amusia motrice o del sordomutismo in cui coesisteva sempre sordità musicale. Quest'ultima per altro secondo le ricerche di *Behr* (v. patogenesi) in genere manca nella sordità isterica. Una sola volta (osserv. 23) notai in un cantante muto funzionale la possibilità di cantare con buona pronunzia delle parole.

E' necessario infine riferire brevemente intorno alla sintomatologica delle *disartrie* e specialmente *delle balbuzie* nonchè *dell'afonia*. Siffatti disturbi possono essere primitivi oppure secondarii (consecutivi al mutismo isterico). Infatti l'esperienza clinica c'insegna che la triade sintomatica del mutismo funzionale (dispneumia più afonia più anartria) di rado scompare d'emblée ed invece persiste in toto od in parte sebbene attenuata dando luogo a varii disturbi secondarii tra i quali i più frequenti sono:

1) dispneumia più disartria *(* balbuzie *)* più afonia,
2) dispneumia più afonia,
3) dispneumia più disartria (balbuzie).

In genere in principio persistono tutti i disturbi, come nel primo gruppo, sebbene attenuati. Il periodo di afonia può essere più o meno breve; esso però non manca quasi mai, inquantochè il primo passo verso la guarigione viene dato appunto dalla possibilità di ripetere le vocali a voce afona o per lo meno a voce bassa. La dispneumia e la disartria e sopratutto le balbuzie sono quelle che dominano il decorso del mutismo isterico fino alla sua guarigione completa. Ambedue i disturbi cioè la dispneumia e le balbuzie cessano contemporaneamente perchè, come vedremo meglio in seguito, la dispneumia secondo le vedute moderne è la conditio sine qua non per la presenza delle balbuzie stesse. Fra le altre forme di disartrie funzionali si possono notare: *bradiartria, scandimento, abburattamento, mutilazione* e le varie forme di *disartria litterale* compresa la *rinolalia aperta.* Queste disartrie possono osservarsi anche isolatamente ma per lo più si associano alle balbuzie.

Le balbuzie isteriche, l'autenticità delle quali viene negata da *Ckervin e Lewandowsky,* è stata riconosciuta dalla maggioranza degli autori da *Charcot* in poi (*Cartaz, Guillain, Gaisset, Mousset e Mouriquand, Oppenheim, Froeschel ecc.*).

La sintomatologia delle balbuzie isteriche, i cui caratteri clinici fondamentali sono quasi identici a quelli delle balbuzie originarie od abituali, viene costituita dalla triade sintomatica costante cioè dalla dispneumia, disfonia e disartria. La dispneumia rappresenta il disturbo più importante e consiste nei disturbi respiratorii in rapporto con la emissione della parola. I siffatti disturbi i quali secondo le vedute moderne di *P. Marie, Meige e Froeschel* sono sempre presenti nelle balbuzie abituali, sono ugualmente costanti in quelle isteriche, anzi in queste ultime essi sono molto spiccati e grossolani. All'esame accurato dell'apparecchio periferico del linguaggio (effettuato secondo lo schema di *Gutzmann*) ho sempre notato gravi disturbi respiratorii (Osserv. 1, 4, 5, 9, 43, 45, 53 ecc). Vengono colpiti a seconda della gravità delle balbuzie tutti due i tempi respiratorii, cioè l'in - ed espirazione e le pause respiratorie. Già alla semplice ispezione si constata che, nel parlare, l'inspirazione è frequente e superficiale. Facendo contare il paziente si osserva che egli esegue un numero di inspirazioni molto superiore di quelle che occorrono normalmente non solo, ma talvolta por ogni numero fa una inspirazione od anche due (Osserv. 9 e 12). Da ciò si inferisce che le pause respiratorie vengono in

genere abbreviate e qualche volta mancano del tutto. L'espirazione è anche essa molto alterata: l'espirazione chiara e bisbigliata (vocale a) sono molto brevi e rapide. Infatti il tempo di durata delle due espirazioni in secondi è uguale alla metà od anche ad un terzo del tempo registrato nei normali. Così è noto che nell'uomo normale dopo una profonda inspirazione l'espirazione chiara dura 15-20''; nei balbuzienti invece abbiamo notato che questa non dura che al massimo 12'' e spesso anche meno: 6-8''. Lo stesso dicasi della espirazione bisbigliata che nei normali dura anche 12-15'', nei balbuzienti non dura che 4, 6 o tutt'al più 10''. In complesso, dunque, esistono delle differenze spiccate fra il respiro normale e quello dei balbuzienti: quest' ultimo infatti è poco economico, frequente e superficiale; spesso viene sperperata l'aria disponibile per la pronunzia di una sola parola od il soggetto continua a parlare senza aria nei polmoni; a differenza poi dai normali, in cui l'inspirazione è nasale, l' inspirazione nei balbuzienti è boccale. L'espirazione infine, può essere rumorosa durante gli accessi di balbuzie e subire un brusco arresto (*spasmo tonico* degli antichi autori) dovuto ad una incoordinazione dei movimenti toracici e del diaframma, oppure si può stabilire una serie di rapide in- ed espirazioni (*spasmo clonico* degli antichi autori) anche esse prodotte da movimenti atassici od erronei dei muscoli respiratorii.

Gli stessi movimenti tonici di arresto e clonici oscillatorii si osservano a carico della laringe. Infatti è frequente all'esame laringoscopico riscontrare *movimenti coreiformi oscillatori od atassici delle corde vocali* (osserv. 44 ,46, 55. 81, 83, 84). Da ciò si inferisce che anche l' apparecchio fonatorio come quello respiratorio partecipa attivamente nella produzione delle balbuzie. Tuttavia un'afasia completa è rara nella balbuzie primitiva; io ne ho osservato 1 caso (osserv. 96) ed essa può verificarsi, secondo gli autori, solo fugacemente durante gli accessi di balbuzie quando si verifica l'occlusione completa del laringe o viceversa un rilasciamento completo dei muscoli delle corde vocali (*fenomeno di sfiatamento*). Fra i disturbi fonatorii nei balbuzienti i più costanti e frequenti sono quelli che si riferiscono al *timbro della voce*, la quale generalmente è monotona, ed *all'attacco iniziale delle vocali*. Infatti, giusto anche le vedute di *Fröschel*, nell' individuo normale nel parlare le corde vocali passano immediatamente dalla posizione dell' attacco iniziale in quella di fonazione, mentre nei balbuzienti esse persistono o in posizione di attacco iniziale o in quella della fonazione stessa.

É opportuno ricordare qui che le forme dell' attacco iniziale (*Einsatz* dei tedeschi) sono le seguenti:

1) *attacco aspro* (gehauchter Einzatz), nel quale le corde vocali divergono all' indietro formando uno spazio triangolare: di modo che al passaggio dell'aria si produce il rumore aspro caratteristico somigliante a quello di sega (hauchen dei tedeschi);

2) *attacco dolce* (weicher Einsatz) in cui le corde vocali sono già in posizione della fonazione, di modo che l' inizio delle vocali acquista un suono dolce;

3) *attacco duro* (harter Einsatz) nel quale le corde vocali si accostano l'una all'altra ed il passaggio in posizione di fonazione viene accompagnato da un rumore esplosivo.

Ora nei balbuzienti talvolta si osserva l'attacco iniziale aspro invece di quello dolce, così ad es. invece di dire «ora» essi dico h - ora ecc; altre volte invece si nota l'attacco duro che persiste per lungo tempo, come nelle balbuzie in forma di impuntamenti con rapida esplosione delle sillabe (spasmo tonico degli antichi autori). Infine si può osservare che il balbuziente ripete più volte il falso attacco durante la fonazione di una vocale e delle vocali successive prima di articolare le consonanti, ciò che può avverarsi anche quando l'attacco iniziale è dolce; ne risulta quella forma di balbuzie chiamata col nome di *iterativa* o *balbuzie a ripetizione* (spasmo clonico degli antichi autori)

Per ciò che riguarda i disturbi *dell'articolazione delle parole* nelle balbuzie, anch'essi rivelano la presenza di movimenti tonici o clonici. Nel primo caso avviene che l' individuo, malgrado l' intenzione di parlare non riesce a pronunziare nulla e rimane muto; oppure soltanto dopo una più o meno lunga esitazione riesce ad esplodere le parole (*esitazioni, impuntamenti iniziali*). Siffatti arresti nel parlare possono verificarsi pure a metà della parola dimodocchè essa viene bruscamente interrotta (*inceppamenti*); nel secondo caso invece l' individuo ripete le sillabe iniziali, le consonanti o le vocali (*balbuzie a ripetizione, tartagliamenti*). Alle balbuzie isteriche si associano in genere altre forme di disartria, come *bradiatria, scandimendo, omissioni, ed elisioni*. Le balbuzie isteriche, infine, hanno le seguenti caratteristiche: esse sono in genere costanti e non intermittenti e spesso persistono anche nel cantare, non si associano ad embolofrasie che in via eccezionale (osserv. 12 e 99). Viceversa costantemente in esse si osserva la presenza di movimenti associati (Mitbewegungen) che possono essere o diffusi

(capo, tronco, arti) o limitati (solo capo o solo arti superiori); in quest'ultimo caso essi possono essere localizzati o eslusivamente o prevalentemente nell'arto superiore destro. In quanto agli altri sintomi incostanti, le balbuzie isteriche primitive possono presentare tutti i sintomi già descritti nel mutismo isterico compresi la paresi della lingua e del VII° inferiore di destra ecc. (osserv. 81).

Un altro disurbo che può osservarsi quasi costante insieme alle balbuzie ma anche isolatamente negli esiti di mutismo isterico è quello che *Charcot* chiamò « *aphasie polisyllabique* ». Abbiamo già detto che siffatto disturbo nulla ha che fare con l'afasia, perchè esso rappresenta un disturbo formale della parola che si osserva appunto nei primi stadi regressivi di mutismo. Esso è dovuto alla difficoltà di emettere le parole polisillabiche lunghe da parte degli individui i quali non coordinano ancora bene tutto quanto l' apparecchio verbo - articolare periferico e quindi si attengono nel parlare alle parole brevi (mono - o bisillabi), la pronunzia delle quali è facile, non richiede sforzi eccessivi ed è anche possibile quando tutti i movimenti articolari, fonatorii e respiratorii non sono ancora coordinati e regolari. A me sembra quindi che il siffatto disturbo dovrebbe piuttosto chiamarsi col nome di *disartria polisillabica* (osserv. 1, 3, 6, 47, 48, 51, 71 ecc.).

L' impossibilità di pronunziare le parole lunghe o polisillabiche talvolta persiste lungamente. Ne risulta che l' individuo, sebbene ricordi le parole suddette non riesce mai a dirle al completo, per causa dell' incoordinazione dei movimenti verbo - articolari: e queste vengono emesse a metà o più o meno incompletamente o come si dice « *mutilate* » (osserv. 2, 5, 6, 10, 43, 60, 73,). Una volta ho notato che le consonanti *g* e *c* venivano pronunciate come *ghi* e *chi* (osservaz. 10). Talvolta la lettera *r* veniva pronunziata con timbro squisitamente nasale alla francese (*rinolalia aperta*, osserv. 4 e 43).

Per ciò che riguarda *l' afonia*, anche essa spesso è presente negli stadi regressivi del mutismo isterico; può associarsi alle balbuzie come pure si osserva isolatamente (osserv. 97 e 98). Quando l'afonia è consecutiva al mutismo essa si associa sempre ad una dispneumia più o meno grave, (vedi ad es. osserv. 56), mentre nei casi di afonia primitiva i disturbi respiratorii sono meno evidenti sebbene secondo alcuni autori come *Gasel, Liebault* et *Coissard* ed altri essi non mancano mai e sono più importanti e più costanti delle paralisi delle corde vocali. Infatti in due (uniche) osservazioni

personali di afonia primitiva anch'io ho potuto constatare la presenza di dispneumia.

L'afonia isterica può essere completa; cioè l'individuo che ne è affetto non è in grado di emettere alcun suono oppure essa può cessare nel canto e nel sonno (*Gowers*); talvolta gli afonici riescono a tossire con voce bassa, rauca, canina o chiara (osserv. 6, 13, 43, 44, 49, e 54) o emettono dei gridi riflessi di dolore. Io credo perciò di dover sostenere che la regola di *Türck* ancora oggi seguita da molti autori (*Bilancioni* ecc.) e secondo la quale l'afonia isterica si riferisce soltanto all'emissione dei suoni volontarii (*paralisi fonica di Türck*) subisce molteplici eccezioni. Ritornerò sull'argomento suddetto nella parte patogenetica.

All'esame laringoscopico nei casi di afonia isterica si riscontra in genere paresi o paralisi degli adduttori delle corde vocali (variabile per sede ed intensità) che può essere anche latente (*Muck*). Riguardo ai disturbi che si osservano nell'afonia consecutiva a mutismo noi rimandiamo il lettore a ciò che abbiamo già esposto in proposito. Talvolta l'esame laringoscopico nell'afonia sia primitiva che secondaria a mutismo riesce negativo (osserv. 76, 77). Invece della perdita completa della voce si può avere la voce bassa (ad es. osserv. 43,) voce in falsetto (osserv. 37) rauca, tremula o stanca; altre volte sebbene la voce è chiara vi può essere la perdita della voce del comando militare.

Anche l'afonia isterica può essere associata a varii disturbi incostanti, come ad esempio paresi del VII° inferiore di destra (osserv. 97), nonchè ad altri disturbi isterici generali già descritti (V. mutismo).

In complesso dunque dai casi da me studiati risulta che tutti i disturbi incostanti del mutismo isterico, come paralisi della lingua, del VII°, delle corde vocali, nonchè i varii disturbi sensitivi locali (anestesia della lingua, anestesia della membrana del timpano) come pure la sordità, scompaiono rapidamente non appena il paziente riescé a pronunziare qualche vocale o sillaba sia a voce chiara come a voce afona, anzi la sordità in genere scompare per prima ancora in epoca in cui il mutismo è assoluto.

Peraltro non mancano casi, in cui tutti i disturbi suddetti persistono anche nel periodo regressivo del mutismo (osserv. 48, 50 ecc.), cioè di casi di sordità o rispettivamente di ipoacusia + sordità verbale la quale può in via eccezionale persistere anche quando il mutismo è scomparso del tutto (osserv. 77). Ad ogni modo

tutti i disturbi secondarii del mutismo isterico di cui sopra (paralisi della lingua, del facciale ecc). scompaiono sempre con la guarigione del mutismo; persistono invece spesso come è facile ad immaginarsi i varii disturbi psichici (carattere isterico, stigmata ecc), quali segni di una alterazione duratura del sistema nervoso per isteria di cui il mutismo non rappresente che un sintoma.

Dalla descrizione sintomatologica testè da noi compiuta si inferisce che il mutismo isterico ci si può presentare sotto due forme cliniche: una di queste è rappresentata da una forma nella quale sono presenti soltanto i sintomi costanti (dispneumia, afonia ed anartria), l'altra invece è ricca di sintomi in cui si possono trovare tutti od una parte dei sintomi da noi descritti col nome di incostanti. Sia la prima come la seconda forma clinica può essere più o meno ricca di sintomi isterici generali, le stigmata comprese. Anche negli stadii regressivi o esiti di mutismo, questo assume degli aspetti clinici differenti, cui più volte abbiamo accennato: le principali di queste forme cliniche sono rappresentate dalla balbuzie e dall'afonia che si possono anche associare fra di loro.

Inquanto poi alla sordità isterica quale parte della sindrome di sordomutismo anche essa assume due forme cliniche: si distingue come abbiamo visto una forma di sordità totale (od ipoacusia semplice) ed una forma di ipoacusia con sordità verbale.

Quest'ultima forma clinica insieme a quella di sordità verbale pura isterica (*Raymond*) fa parte delle pseudoafasie isteriche le quali altre volte ci si presentano in forma di mutismo con agrafia e alessia oppure in forma di afasie paradossali (disartria + jargonafasia, afasia d'intonazione ecc.) Per ciò che riguarda le balbuzie traumatiche primitive, anche esse, analogamente a ciò che si osserva nel mutismo, possono essere date soltanto dai sintomi costanti (dispneumia, disfonia e disartria) oppure anche da quelli incostanti. Lo stesso dicasi dell'afonia primitiva isterica in cui, secondo alcuni, la dispneumia rappresenta il sintoma più costante della paralisi degli adduttori.

La discriminazione suddetta in diverse forme cliniche dei varii disturbi funzionali della parola ha una grande importanza per la diagnosi differenziale, la quale, come è facile a supporre, varia a secondo dell'una o l'altra forma clinica con cui ci si presentano i disturbi stessi.

* * *

> Enumerare tutti i criterii diagnostici differenziali (del mutismo isterico) equivarrebbe a dare una descrizione dell'afasia organica, poichè il fondamento diagnostico consiste appunto nell'escludere o diagnosticare l'afasia organica e non nel dimostrare l'isteria.
>
> *Lewandowsky* (l. c.)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Confrontando la sintomatologia del mutismo isterico testè esposta con quella dell'afasia vera e pura, appare chiaro che i due disturbi clinicamente non possono mai confondersi l'uno con l'altro. Siccome però molti autori antichi (*Charcot, Bastian* ecc.) e qualcuno dei moderni (*Saupiquet, Schönfeld, Gerstkoff, Jolly, Courmont* ecc.) hanno considerato il mutismo come un disturbo funzionale identico all'afasia motoria organica è necessario dire alcune parole sulla diagnosi differenziale dei due disturbi. E' vero che a prima vista l'afasico - motorio appare come un muto, ma oltre a ciò nulla vi è nell'afasico che possa ricordare il disturbo caratteristico del mutismo isterico; nè solo il fatto di essere ambedue i pazienti (organico ed isterico) muti rende possibile una confusione tra i due quadri clinici, perchè se così fosse, ogni muto isterico, psichico o volontario dovrebbe essere considerato a priori come un afasico motorio. Infatti *Charcot* e *Bastian* sebbene riconoscessero le differenze che corrono tra i due disturbi (afasia motoria e mutismo isterico) consideravano quest'ultimo come afasia motoria più afonia; rimanendo quindi sempre nel concetto di afasia organica alquanto modificata. Che una simile concezione patogenetica sia insostenibile io ho dimostrato in precedenza: ora è necessario di dimostrare che alla concezione suddetta manca anche qualsiasi base clinica. Senza passare in rivista tutti i sintomi dell'afasia motoria vera o di Broca è sufficiente ricordare che essa, quando è completa, consiste nell' impossibilità di rievocare le immagini verboarticolari della parola ed i pazienti che ne sono affetti non sono in grado di emettere alcuna parola, lettera o sillaba. Ciò malgrado non si nota alcun

disordine nei movimenti della muscolatura del linguaggio (muovere la lingua, intonare il canto, disporre la bocca per pronunziare qualche parola, eseguire bene i movimenti respiratorii necessarii per l'emissione delle parole). Inoltre per quanto gli afasici motorii non riescano a pronunziare volontariamente quasi alcuna parola, tuttavia quasi sempre rimane in essi il potere di dirne tre o quattro (cosìdette eiezioni verbali ricorrenti). E' evidente che bastano questi pochi dati clinici, per dimostrare l'enorme sostanziale differenza che esiste tra afasia motoria e mutismo isterico. A ciò si aggiunga che i sintomi clinici costanti del mutismo isterico sono del tutti opposti a quelli dell'afasia motoria: infatti mentre nell'afasia di Broca mancano le immagini verbo-articolari, nel mutismo esse sono bene conservate; inoltre mentre per conseguenza nell'afasia suddetta vi è sempre disgrafia o dislexia, ciò nel mutismo non avviene (ad eccezione della così detta pseudoafasia isterica di cui parleremo oltre); infine mentre nella prima non esiste alcun disordine nei movimenti della muscolatura del linguaggio, nel mutismo isterico sono invece costanti la dispneumia, l'afonia e l'anartria. Quando poi il mutismo ci si presenta accompagnato da sintomi incostanti noi abbiamo altri criterii differenziali per poter escludere un'afasia di Broca; e sono la grave limitazione od abolizione dei movimenti della lingua, della mandibola, delle labbra, delle corde vocali ecc.

Questi ultimi dati clinici (quando sono presenti) permettono anche senz'altro di differenziare il mutismo isterico da un'altra forma di afasia motoria che va col nome di afasia motoria pura (afasia motoria subcorticale). Infatti questa forma di afasia si distingue a sua volta dall'afasia di Broca appunto per l'assenza di disturbi della lettura e della scrittura, analogamente a quanto abbiamo notato nel mutismo isterico. Però anche qui, all' infuori dei sintomi incostanti di cui sopra, la costante presenza di afonia e della grave dispneumia nel mutismo isterico, come mai non si osserva nei casi di afasia sottocorticale, ci permette di escludere quest'ultima.

Lo schema seguente mette in evidenza le differenze fondamentali che corrono fra il mutismo isterico e le due forme di afasia motoria, la vera e la pura.

Mutismo isterico	**Afasia motoria vera** (*tipo Broca*)	**Afasia motoria pura** (*subcorticale*)
a) **Sintomi costanti**	(**Sintomi**)	(**Sintomi**)
dispneumia grave	mai dispneumia	lieve dispeumia
afonia	mai afonia	mai afonia, talvolta lieve disfonia.
anartria	mai anartria	mai anartria, talvolta lieve disartria
b) **Sintomi incostanti** prova di Lichtheim positiva	prova di Lichtheim negativa	prova di Lichtheim positiva
assenza di agrafia ed alexia (raramente agrafia ed alexia completa a carattere bizzarro, mai associata a paragrafie).	disgrafia (con paragrafie) e dislexia.	talvolta lieve disgrafia e dislexia
assenza di ogni conato per parlare	presenza di conato per parlare	presenza di conato per parlare
abolizione o grave limitaz. dei movimenti della lingua, limitazione del movimento di apert. della bocca.	conservazione costante dei movimenti della lingua; completa l'apertura della bocca.	conservazione quasi costante dei movimenti della lingua, completa l'apertura della bocca.
grave limitaz. dei movimenti delle labbra o paralisi del VII. inferiore unilaterale senza partecipazione del pellicciaio.	paralisi del VII. infer. unilaterale con partecipazione del pellicciaio.	paralisi del VII. infer. unilaterale con partecipazione del pellicciaio.

limitazione bilater. dei movimenti delle corde vocali.	motilità delle corde vocali normale	i movimenti delle corde vocali talvolta limitati da un sol lato.
vivacità della mimica	dismimia	vivacità della mimica o dismimia
guarigione talvolta d'emblée talvolta lenta ma allora sempre seguita da gravi disartrie, afonia o balbuzie isteriche.	guarigione lenta, quasi mai completa, mai seguita da afonia e soltanto da lievi disartrie o balbuzie afasiche.	talvolta modico e lento miglioramento, spesso nessun mi̇glioram.
presenza di stigmate isteriche tra cui analgesia della lingua e della mucosa boccale ecc.	assenza di stigmate isteriche	assenza di stigmate isteriche

Quanto agli altri disturbi che si possono associare al mutismo isterico è sempre facile a differenziarli dai analoghi disturbi organici ed è inutile ripetere quindi i già noti criterii differenziali delle emiplegie isteriche ed organiche ecc. Una menzione speciale merita soltanto la paresi del VII°. inferiore alcune volte da noi rilevata nel mutismo isterico, sebbene quì la diagnosi differenziale con una lesione analoga organica debba essenzialmente essere basata sul complesso sintomatologico. Esistono tuttavia anche quì dei criterii per la diagnosi differenziale tra l'una e l'altra forma: cioè la costante mancanza della partecipazione del pellicciaio e la stranezza del disturbo motorio (impossibilità di fischiare soltanto o di muovere il solo labbro superiore ecc). che fanno parte della sindrome isterica. Però ripetiamo che un criterio costante di differenziazione tra la paralisi del VII°. inferiore isterica ed organica non esiste. Possiamo solo affermare con certezza la natura isterica di siffatto disturbo quando esso scompare insieme al mutismo (come

appunto avvenne nei casi da me seguiti fino alla guarigione). Non vi è quindi motivo, come vorrebbe affermare *Dawidenkoff*, di ammettere in questi casi una base organica nè per il mutismo nè per la paresi del facciale la quale per le ragioni sopraesposte può benissimo essere giudicata di natura funzionale. Anche quando il mutismo isterico si associa ad agrafia od alexia dando luogo così ad una sindrome pseudoafasica esso per la presenza di tutti quanti i sintomi differenziali sopradescritti non può essere confuso con una forma di afasia motoria (di Broca); sia per il fatto che nell'ultima i disturbi suddetti non sono mai completi ma soltanto parziali e costanti e spesso associati a paragrafie; mentre invece nella prima l'agrafia e l'alexia sono totali; e se la prima è parziale, allora è irregolare e bizzarra, mai associata a paragrafie vere e ad altri disturbi caratteristici delle afasie organiche. Lo stesso dicasi della maggioranza dei casi descritti da altri autori col nome di afasie isteriche. Infatti in questi casi i disturbi del linguaggio ricordavano soltanto da lontano i veri disturbi organici per cui tutta la sindrome acquistava un carattere strano e bizzarro come ad. es. nel caso di *Marinesco* ove accanto alla disartria esisteva amnesia verborum, disturbi dell'intonazione, agrammatismo; tanto è vero che questo autore chiamò siffatta sindrome isterica col nome di "*afasia paradossale*". Quando però i supposti disturbi isterici sono veramente uguali a quelli che si osservano nei casi organici bisogna sempre dnbitarne, anche se essi siano accompagnati da sintomi isterici, perchè si può sempre trattare di un'associazione istero-organica. Ciò appunto si verificò in un caso di osservazione personale (caso n. 105) in cui si stabilì nel decorso del mutismo funzionale una sindrome afasica a tipo transcorticale dovuta evidentemente a demenza paralitica. Siffatto modo di vedere viene ancora maggiormente confermato dal fatto che le «afasie isteriche» sono andate scomparendo con il progresso dei mezzi diagnostici negli ultimi anni. Infatti una revisione dei casi clinici descritti col nome di "afasie isteriche" dimostra che in questi la lues od un'altra causa organica non fu mai sufficientemente esclusa; e soltanto si è fatta diagnosi in base all'anamnesi ed alla mancanza di manifestazioni luetiche, mentre mai non fu praticata la reazione di Wassermann, la quale in questi casi dubbii può portare dei lumi diagnostici decisivi. Sarà dunque di grande utilità stabilire volta per volta, quando siamo di fronte ad una sindrome afasica vera, anche se stabilitasi all'improvviso in seguito ad una emozione ed accompa-

gnata da sintomi isterici generali, di ricercare sempre la lues e sopratutto praticare la reazione di Wassermann e la puntura lombare con le relative quattro reazioni e soltanto in base all'esito negativo di siffatte ricerche ammettere l'ipotesi che possa trattarsi di una sindrome afasica isterica. Finchè non saranno pubblicati casi del genere, l'esistenza di una vera afasia isterica, giusta anche le vedute di *Babinski*, deve essere negata.

E poichè le sindromi di "afasia isterica" da alcuni autori come *Laignel-Lavastine* ed altri vengono considerate come sindromi di mutismo incompleto, è necessario accennare brevemente alla diagnosi differenziale tra queste due forme cliniche. Quando il mutismo guarisce d'emblée sia dietro una forte emozione sia con la clinoterapia ciò depone con grande probabilità per la sua origine funzionale, mentre, come è noto, le sindromi afasiche organiche migliorano lentamente ed incompletamente, E vero che esistono anche dei casi di mutismo funzionale di lunga durata (io riporto dei casi di durata di 3 anni e più), però una volta curati, i siffatti disturbi incominciano a regredire, per quanto non si possa negare che la guarigione di questi casi antichi si effettui anch'essa lentamente. A dir vero, anche nell'ulteriore decorso il mutismo isterico conserva le sue caratteristiche (v. sintomatologia) e difficilmente può venir confuso con un'afasia organica. Ma poichè (come abbiamo già detto) *Laignel-Lavastine, Negro* ecc. hanno descritto dei casi di esiti di mutismo isterico col nome di "afasie isteriche" c' incombe l'obbligo di dire alcune parole sopra la suddetta diagnosi differenziale.

Ora noi abbiamo già esposto che due sono i disturbi i quali dominano il quadro sintomatologico del mutismo isterico nei suoi stadii regressivi: cioè l'afonia e le balbuzie cui spesso si associano le varie forme di disartria (bradiartria, scandimento ecc). Il primo (l'afonia) non può mai ingenerare confusione con l'afasia organica perchè siffatto disturbo manca sempre in quest'ultima. In uno dei miei casi (osserv. 103) prodotto da trauma del cranio ed in cui esisteva un mutismo associato a lesione traumatica della zona Rolandica, l'unico criterio per la diagnosi differenziale con l'afasia motoria organica fu la presenza dell'afonia a carattere funzionale (assenza di paresi delle corde vocali). Il decorso confermò pienamente il diagnostico. Le balbuzie isteriche a loro volta potrebbero eventualmente venir confuse con le balbuzie afasiche (balbuzie consecutive od associate ad afasia motoria). Però anche in questa

evenienza esistono numerosi segni i quali permettono di differenziare i due disturbi in parola. Così mentre nelle balbuzie afasiche, giusta anche le vedute di *Froeschel*, mancano i fenomeni tumultuarii verboarticolari quali sopratutto la esagerata pressione nel laringe, le ripetizioni ed i movimenti associati, (cioè fenomeni di iperfunzione, e si tratta piuttosto di una ipofunzione dell'apparecchio verboarticolare, (sopratutto in forma di esitazioni o impuntamenti iniziali) nelle balbuzie isteriche domina sopratutto l'iperfunzione suddetta insieme alla grave dispneumia (e talvolta afonia) che manca nella prima. Secondo *Froeschel* è appunto la mancanza della triade sintomatica classica delle balbuzie (ripetizioni, pressione esagerata nel laringe e movimenti associati) quella che permette di differenziare le balbuzie funzionali isteriche da quelle organiche afasiche. Anche la presenza di movimenti coreiformi od atassici delle corde vocali da noi più volte riscontrata può essere di valido aiuto per escludere una forma di balbuzie organiche, in cui manca sempre siffatto reperto laringoscopico. Il fatto poi che le balbuzie afasiche si associano ad altri fenomeni afasici e soltanto di rado a disartrie gravi, mentre quelle isteriche sono accompagnate quasi sempre da grave dispneumia e da fenomeni disartrici gravi e caratteristici quali scandimento, disartria polisillabica, disartria litterale ecc. facilita maggiormente ancora la giusta valutazione diagnostica di ambedue i disturbi in parola.

Nè si possono confondere con l'afasia organica (tipo Broca) quei casi di esiti di mutismo isterico, in cui esistono i disturbi disartrici soltanto (bradiartria, disartria polisillabica, scandimento ecc). sopratutto perchè nella prima è facile a rilevare ancora, con la prova di Lichtheim, la mancanza di una parte di immagini verboarticolari, che invece sono sempre integre nella seconda, la quale a sua volta si associa ad una dispneumia (e talvolta ad afonia) che manca nella prima. Anche le disartrie che accompagnano talvolta le afasie motorie pure sottocorticali non possono confondersi con le suddette disartrie isteriche, anzitutto perchè nelle prime esse sono lievi e non associate a grave dispneumia e poi, perchè quando invece sono gravi, si associano ad esse paresi organiche e (se dovute a focolai bilaterali) a paraparesi e a fenomeni pseudobulbari che mancano nelle disartrie funzionali suddette. — I fenomeni bulbari, inoltre, insieme ad altri segni organici caratteristici di cui non è questo il luogo di parlare, permettono con facilità di escludere nei casi di siffatte disartrie funzio-

nali altre malattie come paralisi bulbare, paralisi labio-glosso-laringea, sclerosi a placche, siringobulbia ecc, in cui si possono osservare disturbi disartrici analoghi. Quanto poi alle disartrie tipo demenza paralitica che eccezionalmente furono osservate nell' isteria (*Boedecher. Baumann*) e che io non ho mai potuto constatare, non posso che riferirmi a quanto ho già esposto, a proposito dell'osserv. 105, la quale dimostra quanta prudenza richieda il diagnostico in siffatti casi.

Con la stessa facilità, con la quale siamo riusciti a differenziare l'afasia motoria dalle pseudoafasie isteriche possiamo differenziare le afasie sensoriali organiche dai disturbi isterici analoghi.

Come è noto, l'afasia sensoriale il più delle volte si presenta in forma di sordità verbale, di cui i segni più caratteristici sono le parafasie con ecolalia, perseverazione, ripetizione, scrittura servile (disgrafia) con paragrafie; inoltre la difficoltà di comprendere lo scritto (dislexia), nonchè la capacità d' intendere il significato delle parole pur conservando la capacità uditiva perfetta. Ora confrontando siffatta sindrome organica con la pseudoafasia isterica (sordità verbale isterica) noi vediamo che nulla di ciò si osserva nell' isteria. Così sopratutto mancano le parafasie, l' ecolalie, la disgrafia con paragrafie e la dislexia caratteristiche: sono presenti invece altri segni quali, oltre la sordità verbale, l' ipoacusia più o meno accentuata, l' incostanza ed unilateralità della sordità verbale, dell'alexia e dell'agrafia completa globale, e se incompleta, variabile; mai associata a paragrafie, bensì ad omissioni, errori ortografici ecc.; inoltre esiste sempre il mutismo (o esiti di mutismo in forma di afonia, balbuzie ecc.). In complesso dunque i disturbi della sordità verbale non sono mai identici a quelli analoghi organici: e se sono stati descritti dei casi in cui erano presenti disturbi parafasici e paragrafici (*Raymond, Janet, Brühl, Schnitzer, Levy, Mann, ecc.*) questi erano, in analogia alle riserve già fatte per l'afasia motoria, probabilmente dovuti al fatto che sintomi organici si associavano a sintomi funzionali (vedi osserv. 105). Da quanto abbiamo testè esposto si inferisce che uno dei criterii differenziali più importanti e più costanti tra la sordità verbale organica (*afasia sensoriale volgare*) e la sordità verbale isterica (*pseudoafasia isterica*) è rappresentato dal fatto che nell'ultima la sordità verbale si associa sempre ad ipoacusia, che manca costantemente nella prima. Ho insistito altrove nel dire che siffatto disturbo isterico (ipoacusia più sordità verbale) rappresenta l'esito di una sordità totale isterica. Ma non perciò si deve pensare

che in tutti i casi suddetti sono i disturbi uditivi quelli che determinano la sordità verbale isterica; cioè che in questi casi si abbia a fare con quel disturbo a carico dell'apparecchio uditivo periferico che va col nome di *pseudosordità verbale* o *sordità verbale acustica (Pseudosprachtaubheit di Liepmann)*, perchè il carattere nettamente centrale e psichico della sordità verbale isterica come più oltre dimostreremo ci permette di escludere facilmente la possibilità di una lesione a carico dell'apparecchio uditivo periferico. Si rende quindi inutile qualsiasi ricerca fine (*Redlich, Bonvicini* ed altri) destinata a stabilire lo stato dell'apparecchio periferico uditivo stesso. E che integro sia questo apparecchio lo dimostra il fatto che tali pazienti anche quando la sordità è totale riescono non solo nel cantare a modificare la voce e la tonalità della canzone a seconda delle modificazioni di chi l'accompagna al piano (vedi anche patogenesi, esperienze di *Much e Barth*), ma anche quando la sordità è meno accentuata riescono talvolta a percepire, sebbene con intensità minore, alcuni rumori fini o deboli (*orologio, diapason*) e non le parole dette a squarciagola in immediata vicinanza dell'orecchio (osser. 43, 50 ecc.).

Una speciale menzione meritano i casi di afasia sensoriale in forma di cosidetta *sordità verbale pura organica ed isterica.* La forma organica di questo disturbo afasico descritto da *Dejerine* sarebbe una forma limitata di una afasia sensoriale volgare. Il malato in siffatta evenienza non comprende qualsiasi parola gli si dica ad alta voce e per conseguenza non può scrivere sotto il dettato, ma a differenza di quanto accade nell'afasia sensoriale volgare, tutto il resto del linguaggio è bene conservato. La sordità verbale pura isterica rappresenta un disturbo del linguaggio eccezionale perchè come abbiamo più volte ripetuto la sordità verbale isterica non è quasi mai pura ma sempre associata ad ipoacusia. Infatti il siffatto rarissimo disturbo fu descritto soltanto in 3 casi per quanto anche in questi esso era meno puro di quello che si suppone (in 2 casi esistevano disturbi gravi dell'udito pregressi, nel terzo la sordità verbale era associata a sordità musicale). Inquanto ai caratteri differenziali tra la sordità verbale pura isterica e quella organica essi non mancano.

Così nel caso descritto da *Calligaris* il fenomeno fondamentale che permetteva senz'altro di escludere un disturbo organico consisteva nel fatto che la siffatta sordità oltrecchè essere incostante (durante l'applicazione della corrente elettrica il P. comprendeva le parole) era anche unilaterale, mentre come è noto gli analoghi disturbi organici sono sempre bilaterali e costanti. Lo stesso dicasi del caso

di *Raymond et Janet* in cui il disturbo scomparve, sebbene per breve tempo, nell' ipnosi catartica. Nel terzo caso infine, descritto da *Raymond* la sordità verbale si associava a sordità semplice (per il canto) e quindi per lo stesso fatto si diflerenziava con facilità da un disturbo analogo organico in cui la sordità è limitata allle sole parole donde anche la denominazione stessa della suddetta sindrome. In complesso dunque la sordità verbale pura organica é del tutto differente dalla sordità verbale pura isteriea.

Riassumendo le differenze che corrono fra la pseudoafasia (sensoriale) isterica e le due forme di afasia sensoriale organica (sordità verbale e sordità verbale pura) sono le seguenti:

Pseudo afasia isterica	**Afasia sensoriale**
a) sordità verbale isterica	*a)* sordità verbale —
in genere unilaterale,	sempre bilaterale
costante presenza di ipoacusia,	costante mancanza di ipoacusia
costante presenza di mutismo o di esiti di mutismo in forma d'afasia, disartrie isteriche, quasi costante assenza di agrafia ed alexia (raramente alexia ed agrafia globale o se incompleta a carattere bizzarro mai associata a paragrafie o parafasie)	parafasie, ecolalia, perseverazione, mai afonia, talvolta balbuzie afasiche, costante presenza di disgrafia (scrittura servile con paragrafie) e di dislexia (con parafasie)
presenza di stigmata isteriche sopratutto in forma di anestesia della membrana del timpano	costante assenza di stigmata isteriche e di anestesia della membrana del timpano.
frequente assenza del riflesso auricolare	presenza del riflesso auricolare
b) sordità verbale pura isterica — talvolta unilaterale	*b)* sordità verbale pura organica — sempre bilaterale,

talvolta associata ad ipoacusia in atto (sordità musicale) o pregressa,	assenza di disurbi dell' udito contemporaneo o pregressi,
variabilità del disturbo (cessazione nell' ipnosi o durante applicazioni elettriche).	il disturbo è costante ed invariabile
presenza delle stigmate isteriche	assenza delle stigmate isteriche

Quando la sordità isterica è totale o isolata o quale parte di sordomutismo c'incombe l'obbligo di differenziarla da una sordità organica. È vero che siffatta diagnosi differenziale è anche essa nella maggioranza dei casi facile e semplice. Secondo *Muck* essa è sempre possibile senz'altro soltanto in base all'anestesia della membrana del timpano, la quale anche nei casi di sordità isterica da me studiati risulta uno dei segni più costanti. È necessario osservare poi che la sordità isterica per quanto apparentemente sembri totale ed assoluta, in realtà non lo è. Infatti lo stesso *Muck, Barth* ed altri hanno potuto dimostrare (v. patogenesi) che la sordità in parola è totale soltanto per ciò che riguarda la facoltà *cosciente* di udire, mentre essa non è affatto assoluta per processi uditivi subcoscienti. Così infatti, d'accordo con le esperienze dei suddetti autori, nella maggioranza dei casi sono presenti i fenomeni uditivi riflessi, quali il riflesso cochleo - palpebrale, il riflesso delle corde vocali (*Muck*); inoltre nel cantare i pazienti affetti da sordità isterica seguono, se accompagnati al piano, il ritmo e le tonalità come se fossero dei normali (*Barth*) oppure talvolta di sorpresa si riesce a fare eseguire loro qualche comando (*Roussy et Lhermitte*) Siffatto quadro sintomatologico è dunque così caratteristico che esso difficilmente potrà venir confuso con una sordità organica, la quale quanto è totale si riferisce quasi sempre all'udire cosciente ed incosciente e manca dei segni isterici quali l'anestesia della membrana del timpano. Inoltre l'esame otoscopico nei casi d'isteria è sempre negativo, mentre nella sordità organica possono esistere delle alterazioni dell'orecchio medio. È necessario ancora tener conto del fatto che i sordi isterici leggono in genere con una rapidità sorprendente le parole sulle labbra dell'interlocutore; ciò che i sordi organici impa-

rano soltanto col trascorrere di un lungo periodo di tempo. Infine è da notare che i sordi isterici a differenza di quelli organici sono indifferenti verso il loro disturbo (*Roussy et Lhermitte*). Più difficile ci si presenta il quesito diagnostico se, come spesso accade nei sordi di guerra, (osserv. 101, 102 e 103) esiste una sordità con alterazioni dell'orecchio medio, cioè quando si tratta di associazioni istero - organiche. Siffatta evenienza rappresenta uno dei più ardui problemi per il neuropatologo ed otoiatra, il quale problema rimane spesso incerto per il fatto che non esiste allo stato attuale delle nostre conoscenze un criterio assoluto di giudizio sul potere uditivo in base alle alterazioni dell'orecchio medio rilevabili all'esame otoscopico. Ma anche quando la sordità isterica è incompleta ed associata a siffatte alterazioni organiche (rotture della membrana del timpano, retrazioni cicatriziali ed altri esiti di otiti) il problema diagnostico rimane sempre difficile e si basa più sopra i criterii di probabilità che di certezza. Si può affermare con sicurezza soltanto che la sordità sia piuttosto isterica che organica quando esiste una sproporzione tra i disturbi obiettivi rilevati all'esame otoscopico ed i disturbi subiettivi dell'udito.

Così è ammesso oggi dalla maggioranza degli autori (*Lermoyer*, *Muck* ed altri) che una semplice rottura della membrana del timpano, fatto frequente nelle lesioni da scoppio di granata, non può dare luogo che a lievi disturbi soggettivi dell'udito e che quindi quando questi sono molto intensi e persistenti essi debbono quasi sempre essere attribuiti all'isteria. Quando però noi abbiamo da fare con dei casi in cui l'esame otoscopico rileva gravi alterazioni dell'orecchio medio, in forma di sclerosi, retrazioni del martello, riduzione del cono luminoso ecc.; — che per sè stessi possono dar luogo a gravi disturbi dell'udito ed anche alla sordità totale — noi non saremo mai autorizzati a sostenere l'ipotesi di isteria per il disturbo uditivo anche quando essa si manifesta con segni evidenti (ad es. osserv. 102.)

Speciale attenzione meritano pure i casi di sordomutismo isterico quando ci si presentano associati a gravi disturbi psichici in forma di psicosi depressiva ed in cui è necessario distinguere il sordomutismo isterico da un sordomutismo volontario. La diagnosi di questi casi può essere molto imbarazzante, anzi impossibile se in primo tempo sia impossibile qualunque esame obiettivo, causa lo stato ansioso pantofobico con mutacismo e negativismo. Anche l'osservazione prolungata finchè dura lo stato depressivo fobico non

porta dei maggiori lumi diagnostici; soltanto quando scompaiono i disturbi psichici suddetti e residui il sordomutismo è possibile siffatta diagnosi tanto più sicura per quanto l'esame obiettivo ci fa rilevare dei numerosi segni incostanti (ad es. paralisi del VII. inferiore di destra) che si osservano nel sordomutismo isterico (Osserv. 41.).

Un altro quadro sintomatologico che deve essere differenziato è quello delle balbuzie. Abbiamo poc'anzi esposto gli elementi diagnostici differenziali tra le balbuzie isteriche quali esiti di sordomutismo e le balbuzie afasiche quali esiti di afasia motoria. È necessario ora brevemente accennare alla diagnosi differenziale tra le *balbuzie primitive isteriche e quelle organiche.* I casi di balbuzie organiche primitive (quale sintomo a focolaio) sono per altro rari. Sono noti nella letteratura pochi casi del genere descritti da *Gutzmann, Pick* e *Fröschel.* Anche in siffatti casi valgono i criterii differenziali già esposti a proposito delle balbuzie afasiche. Mi è lecito qui ricordare soltanto che essi si differenziano dalle balbuzie isteriche sopratutto per la forma della balbuzie stessa la quale si esplica nel principio della pronunzia delle parole [impuntamenti ed esitazioni iniziali (*Fröschel*)] a differenza delle balbuzie isteriche le quali presentano insieme alla forma iniziale anche quella iterativa ed esplosiva. In secondo tempo è necessario pure in questi casi tener conto di eventuali segni afasici organici che talvolta accompagnano siffatte balbuzie organiche e che possono facilitare la diagnosi stessa. Una difficoltà di diagnosi, invece, possono presentare i casi di balbuzie disartriche (specie quando sono di origine traumatica) in cui manca qualsiasi segno di afasia organica, disturbo che *Chervin* chiamò col nome di *disartria pselliforme.* Le osservazioni del genere oltre che dall'autore suddetto furono registrate da *Abadie, Fröschel* e (durante l'attuale guerra) da *Davidenkoff.* Nei casi di *Abadie* e *Fröschel,* però, il siffatto disturbo della parola era associato a fenomeni pseudobulbari, i quali mancano sempre nelle balbuzie isteriche; peraltro i segni caratteristici delle balbuzie isteriche già più volte esposti nonchè la presenza di stigmate isteriche anche qui facilitano la diagnosi. *Davidenkoff* nei casi di balbuzie traumatiche da lui osservati rimase alquanto incerto nella diagnosi per il fatto che in alcuni casi si associava paresi del VII. inferiore di destra. Io non posso che insistere ancora una volta sulle numerose osservazioni personali le quali mi hanno permesso di rilevare che siffatta paresi può essere sicura-

mente di origine isterica nel mutismo e nelle balbuzie funzionali; e che quindi essa per sè stessa non può modificare nè far prevalere il concetto che trattisi piuttosto di una lesione organica, qualora i suoi caratteri (assenza del segno del pellicciaio) nonchè i caratteri del disturbo del linguaggio manchino delle stigmate organiche.

Esistono dei segni di diagnosi differenziale tra *le balbuzie abituali originarie* e *le balbuzie isteriche traumatiche recenti?* Il quesito è di massima importanza medico-legale, perchè si possono avere dei casi di balbuzie abituali antiche le quali la parte lesa può voler far passare per balbuzie traumatiche recenti. E' vero che le balbuzie isteriche portano dei caratteri speciali e sopratutto si distinguono dalle balbuzie abituali per la loro gravità, per la mancanza di intermittenze (contrariamente a quanto avviene nelle balbuzie abituali esse persistono anche nel canto), nonchè per la contemporanea presenza di grave dispneumia e di disartrie caratteristiche quali scandimento, bradiartria ecc, però vi sono anche dei casi in cui i disturbi per quanto di durata e di origine diversa appaiono identici o quasi. In quest'ultima evenienza la siffatta diagnosi differenziale può riuscire difficilissima se non impossibile. Tuttavia anche qui esistono alcuni segni differenziali. Infatti *Fröschel* ha indicato tre segni differenziali i quali quando sono presenti possono guidare alla giusta valutazione della sindrome in parola. Secondo l'autore predetto i segni caratteristici delle balbuzie abituali antiche sono la presenza del respiro nasale nel parlare, le embolofrasie complesse e la ripetizione delle vocali e non solo delle sillabe e delle consonanti come avviene nelle balbuzie recenti. Io non posso in linea generale che uniformarmi alla opinione di *Froeschel*; però nei casi di balbuzie recenti ho potuto talvolta osservare la presenza di embolofrasie (per quanto semplici) come pure le embolofrasie complesse mancavano in alcuni casi di balbuzie antiche (ad es. le osserv. 9. e 12.). Il quesito diagnostico si complica ancora di più quando si tratta di un'esacerbazione traumatica di balbuzie originarie per il fatto che il quadro sintomatologico diventa polimorfo e spesso confuso (Osserv. 82., 86., 89. ecc.); donde riesce impossibile un giudizio obiettivo preciso sull'entità dei disturbi pregressi e di quelli sopraggiunti dopo il trauma.

E' necessario infine accennare alla diagnosi differenziale quale ci si presenta nei casi di afonia. Tutti gli autori sono d'accordo nel giudicare che le lesioni unilaterali delle corde vocali sono ca-

ratteristiche delle lesioni organiche del laringe, mentre quelle bilaterali e simmetriche si osservano esclusivamente nelle afonie isteriche. Se ciò in linea generale è vero io non posso però soprassedere sul fatto che in un caso di afonia consecutiva a mutismo da me osservato (Osserv. 11.) esisteva uno spasmo dell'abduttore unilaterale (a destra). Anche qui però gli altri segni isterici facilitano la diagnosi differenziale e fra questi ricordiamo l'anestesia del laringe e la grave dispeumia; fatti che mancano nelle afonie organiche, nelle quali viceversa all'esame laringoscopico si riscontrano spesso alterazioni patologiche del laringe. Di più difficile diagnosi sono i casi di isteria monosintomatica specie quando questa si stabilisce sopra una base organica. Ciò avviene non di rado nel periodo della guerra in cui gli strapazzi di trincea, i raffreddamenti ecc. forniscono un nucleo organico intorno al quale si sviluppa l'affezione isterica (Osserv. 97.). Anche qui però la sproporzione del disturbo (afonia completa) in rapporto con lesioni organiche di lieve entità (iperemie ed arrossamento delle corde vocali ecc.) chiarisce la diagnosi in favore di un'affezione isterica. Ciò vale anche per quei casi di associazioni istero - organiche in cui insieme all'afonia esistono paralisi delle corde vocali unilaterali di origine organica. Così nell'osservazione 104 esisteva, oltre l'afonia, una paresi dell'adduttore unilaterale. Ora siccome è noto che le paralisi unilaterali degli adduttori non danno mai luogo ad una afonia completa ma soltanto ad una disfonia (voce bassa, voce rauca ecc.) la sindrome organica in questo caso non era sufficiente per ispiegare l'afonia completa e questa quindi fu ritenuta sicuramente di origine isterica. Il decorso confermò pienamente il diagnostico.

Non si può chiudere il capitolo presente, senza prendere in considerazione un altro punto di grande importanza diagnostica cioè *la simulazione.* Senza entrare nella intricata questione dei rapporti costanti tra l'isteria e simulazione di cui ci occuperemo oltre (v. patogenesi), mi limiterò ad esporre qui i dati clinici principali che servono a differenziare i varii disturbi della parola isterici da quelli simulati.

Per ciò che riguarda il mutismo, già *Charcot* espose magistralmente il criterio differenziale principale con le seguenti parole: « è un dovere farvi conoscere che nel caso in cui ciò sia necessario la simulazione è più facile ad essere svelata di quanto generalmente si creda. Pochi simulatori saranno capaci di riunire e di manifestare collo scopo di fingere, tutti i sintomi che ci ha rive-

lato l'evoluzione naturale del mutismo isterico, senza nulla diminuire o nulla aggiungere di loro iniziativa a questa sintomatologia così complessa e talora così speciale ». Infatti se alcune forme di mutismo isterico in cui mancano i sintomi incostanti sono relativamente facili ad essere simulate, tale possibilità non esiste più per le forme ricche di sintomi incostanti. Infatti come si può pensare ad una simulazione della paralisi del VII. inferiore di destra o ad uno spasmo degli abduttori delle corde vocali di destra ? Basterebbero solo questi dati clinici per respingere recisamente la affermazione di alcuni autori, come *Singer, Liebermeister* ed altri i quali ritengono tutti casi di mutismo, simulati. Nè vale per questi casi l'opinione di *Babinski, Lewandowsky* e *Nenneberg*, cioè che i limiti tra l' isteria e la simulazione sono sempre indistinti. Anche *Sicard* pecca di unilateralità affermando che ogni soldato senza disturbi obiettivi controllabili a carico dei centri nervosi o degli organi di audizione e tonazione, e senza psicosi caratteristica, il quale rimanga oltre 3 - 4 mesi sordomuto, deve essere considerato come simulatore. L'autore suddetto distingue 2 gruppi di simulatori :

1) *simulatori di creazione* cioè quelli che organizzano tutti i disturbi immaginarii,

2.) *simulatori di fissazione* cioè quelli che veramente hanno sofferto per qualche tempo e poi continuano a simulare il disturbo già avuto.

I simulatori di creazione che si possono anche chiamare col nome di simulatori volgari sono i più facili ad essere scoperti. I simulatori di fissazione od i perseveratori sono più difficili. Questi ultimi rientrano nel quadro nosologico recentemente creato dagli autori tedeschi cioè della cosidetta *simulazione isterica* (« *Simulationshysterie* » dei tedeschi).

Infatti alcuni degli autori suddetti tra cui *Kretschmer, Voss e Jendrassik* sostengono che la simulazione e l'isteria sono " le radici della stessa pianta " che essi chiamano *predisposizione isterica su fondo degenerativo*. Il secondo gruppo dei simulatori spesso si limita soltanto ad esagerare il disturbo di cui soffre realmente senza entrare nella vera e propria simulazione (*Jolowicz*). Secondo *Henneberg* anzi l'esageraziene è costante ed è sempre voluta dagli isterici pseudodementi. Io in base alle osservazioni personali non posso che confermare l'opinione degli autori suddetti cioè che la pura simulazione è rarissima. Basta dire che su 105

casi di disturbi funzionali della parola ne ho veduto un caso solo (Osservazione non riportata), mentre la simulazione isterica esiste soltanto nel 4 0|0 dei miei casi. I criterii differenziali generali per svelare la simulazione si possono dividere in 2 grandi gruppi: il primo è costituito da segni obiettivi non simulabili, l'altro da segni obiettivi destinati a svelare la simulazione. Prima di esporre i criterii differenziali suddetti ritengo doveroso di ricordare la legge empirica, ormai accettata dalla maggioranza degli autori, quale risulta appunto dalle numerose osservazioni di simulazioni e sinistrosi sia di guerra come di pace; che cioè *non si è mai autorizzati a concludere in base ad un sintoma simulato che tutta la sindrome sia simulata.* Premesso ciò, possiamo ritenere quali segni obiettivi non simulabili nel mutismo isterico: la paralisi del VII. inferiôre di destra, le paralisi od i spasmi delle corde vocali, il restringimento del campo visivo, l'emiipoestesia sensitivo-sensoriale (rilevata in modo obiettivo con l'elettrode di Erb o con la spazzola faradica) ed il dermografismo. Purtroppo tutti questi segni, come incostanti, possono mancare. Tra i segni costanti del mutismo isterico soltanto la grave dispneumia può ritenersi come non simulabile per quanto anch'essa non rappresenta un segno sicuro per escludere con certezza la simulazione. In questi casi avranno valore inoltre il contegno franco ed aperto che consiste nel fatto che il vero muto guarda in faccia di chi gli parla, anzi lo segue con attenzione, ha una mimica vivace, tiene un contegno non sospetto nè appartato, socievole; ed il suo disturbo per quanto lungo sia il periodo di osservazione rimane sempre invariato ed uniforme, eccezione fatta dei casi in cui i muti talvolta parlano nel sonno oppure cantano; ciò che non indica affatto la simulazione (*Pflug*, *Gowers*, osservazione personale N. 23).

Fra le prove destinate a svelare la simulazione vogliamo nominare l'esame laringoscopico durante il quale talvolta i muti-simulatori si tradiscono ed incominciano a parlare; lo stesso dicasi della prova della provocazione del vomito (o gargarismo). *Negro* usa allo stesso scopo l'applicazione di correnti faradiche sullo scroto, *Kaufmann*, *Oehmen* ed altri si servivano di correnti sinusoidali di grande forza.

Quando poi il mutismo isterico nella sua involuzione passa per le varie forme cliniche caratteristiche dei suoi stadii regressivi (balbuzie, afonia, disartrie ecc), avremo un altro dato importante per escludere una simulazione, la quale sarà tanto più

facile ad eliminarsi per quanto il paziente si sottoporrà senz'altro a tutte le cure elettro- e psicoterapiche che gli vengono proposte. Infatti *Gradenigo* eleva a criterio importante per ammettere la simulazione il fatto che il paziente rifiuta l'etero-narcosi.

Uno dei disturbi che secondo gli autori (*Auerbach*) è più frequentemente simulato è la sordità. E' opportuno ricordare qui come la sordità isterica secondo le recenti ricerche degli autori (*Kehrer, Barth, Muck ecc*) non è mai assoluta e si riferisce soltanto all'udire cosciente (v. patogenesi): il siffatto comportamento della sordità isterica rende ancora più difficile la diagnosi differenziale con la simulazione volgare. Il fatto quindi che la sordità è limitata alle parole soltanto e che il paziente percepisce il canto od anche qualche comando isolato (*Roussy e Lhermitte*) non deve essere per lo meno nella maggioranza dei casi interpretato per sè stesso come un'indizio di una simulazione. Lo stesso dicasi della conservazione del riflesso cochleo-palpebrale e del riflesso delle corde vocali i quali sono quasi sempre presenti nei casi di sordità isterica. (*Muck*). Per quanto dunque siffatta diagnosi sia di difficile interpretazione, non si deve mai concludere per la simulazione in base a qualche segno isolato ma soltanto in base al complesso sintomatologico. Ciò premesso è necessario accennare alle diverse esperienze destinate a svelare la simulazione della sordità. Una di questa viene chiamata col nome di insordimento artificiale. (*Lombard*): essa consiste nell'assordire con i suoni intensi l'orecchio normale di un soggetto che è sordo da un lato; si o tiene in tal guisa una modificazione della voce la quale diventa più alta quando la sordità è veritiera: nessuna modificazione della voce quando la sordità è simulata. Il metodo di *Lombard* non è applicabile nei casi di sordità totale bilaterale. Però in quest'ultimo caso, come anche io ho avuto occasione di osservare (v. caso 77), i pazienti parlano talvolta a voce alta (voce del comando militare).

Questo indizio quando esiste, ha un valore diagnostico di primo ordine nella sordità isterica in opposizione a quanto affermano il *Roussy et Lhermitte* i quali sostengono che la sordità isterica non dà mai luogo ad una elevazione della voce nè spontanea, nè dopo l'assordimento col metodo di *Lombard*.

Di grande importanza è inoltre il *segno dell'anestesia della membrana del timpano* che può essere difficilmente simulata. Anche la rapidità con cui i sordi funzionali leggono le parole sulle labbra dell'interlocutore parla contro una simulazione, mentre il si-

mulatore, il quale teme di tradirsi, fa di tutto per far vedere che egli nulla ode ed in nessun modo comprende quello che gli si dice. *Muck* inoltre ha dimostrato che i sordi isterici non reagiscono neanche nel sonno ai rumori, contrariamente a quanto avviene nei simulatori. Fra gli altri metodi destinati a svelare la simulazione della sordità vogliamo accennare ancora a quello consistente nell'applicare al soggetto ad occhi chiusi un tubo biauriculare poggiando sopra un orologio in mezzo. Ora chiudendo od aprendo il tratto del tubo che va all'orecchio sordo si deve ottenere un alleggerimento od aumento del suono, inoltre il suono deve essere percepito sempre dal lato da cui il paziente ode. Allo stesso scopo servono le prove con tubi di gomma applicati ad ognuno dei due condotti uditivi e terminanti con l'altro estremo in un imbuto. Sempre per svelare una simulazione alcuni autori si servono della cosidetta prova della spazzola. A proposito di queste ed altre prove (che non è qui il luogo di descrivere ed enumerare) è necessario ripetere ancora una volta che l'interpretazione dei risultati da esse forniti richiede la massima oculatezza sopratutto per il fatto che i segni più caratteristici della sordità funzionale sono appunto la variabilità e la differenza che si rilevano nei varii esami dell'udito. (*Barth*). E' superfluo aggiungere che anche l'agrafia e l'alexia isterica sono simulabili e dato il loro carattere bizzarro possono creare degli imbarazzi diagnostici. Per svelare l'eventuale simulazione valgono più i criterii generali già più volte esposti che i segni obiettivi non simulabili i quali per i siffatti disturbi non vengono indicati dagli autori. Lo stesso dicasi per le forme di pseudo-afasia motoria isterica, la quale per altro deve essere ritenuta di difficile simulazione; per le forme di pseudo-afasia sensoriale isterica poi (ipoacusia più sordità verbale) valgono in parte le prove già esposte per la sordità; lo stesso dicasi nei casi di sordità verbale pura isterica per la quale gli autori che la descrissero non indicano dei criterii speciali.

Un altro gruppo di disturbi funzionali della parola che può essere simulato è rappresentato dalle *disartrie isteriche*. Tra queste il primo posto occupano le balbuzie. Quando queste sono associate a sintomi incostanti non simulabili, quali paresi del VII. inferiore di destra, movimenti coreici od atassici delle corde vocali, paresi della lingua e grave dispneumia, la diagnosi di simulazione si esclude con facilità; ma anche nei casi in cui esistono solo i segni costanti che sono più o meno simulabili, la simulazione può essere

façilmente svelata e precisamente in base alle contrazioni delle pinne nasali costanti nei simulatori ed in base ai disturbi respiratorii caratteristici, costanti per quanto lievi, nei balbuzienti veri. É sufficiente infatti far eseguire al soggetto l'espirazione chiara della vocale *a* dopo una profonda inspirazione: ora questa nei balbuzienti è sempre abbreviata e non dura che 6" od al massimo 12" mentre che nei sani e quindi nei simulatori essa dura 15" ed anche 20".

Più difficile invece, giusta anche le vedute di *Oppenheim, Royer, Jourdin* ed altri, è di svelare *la simulazione dell'afonia.* Quando mancano i segni incostanti (paralisi delle corde vocali) la diagnosi dell'afonia isterica diventa un problema spesso insolubile. Siffatta diagnosi differenziale è così difficile che alcuni autori come ad es. *Oppenheim, Ammersbach ecc.* consigliano nei casi dubbi e comunque sospetti di lasciarla sospesa e considerare di fronte alla legge ogni caso suddetto come simulato (quindi nei casi bellici, rinvio in zona di guerra e nessuna indennità.).

Con ciò abbiamo esaurito la discussione diagnostica dei varii disturbi funzionali della parola. In complesso dalla siffatta disamina si inferisce che la diagnosi differenziale è sempre chiara e possibile con i disturbi analoghi di natura organica, difficile spesso e talvolta impossibile con i disturbi anzidetti quando questi vengono simulati. Quest'ultimo fatto risulta intimamente collegato con la questione della patogenesi dell'isteria di cui ora passerò ad esporre i principali quesiti.

∴

.... tutte le nostre discussioni intorno alla patogenesi dell' isteria a nulla approdano poichè ci manca il vero e proprio *substratum*, cioè un reperto positivo istopatologico.

Claparède (Congr. Internaz. di Psicologia ad Amsterdam).

PATOGENESI.

La patogenesi dell' isteria rappresenta uno dei più ardui problemi della neurologia. Nonostante i numerosi ed ostinati tentativi degli Aa. esso è rimasto tutt'ora insoluto; ciò trova spiegazione nel fatto che trattasi di una malattia funzionale senz'alcuna base ana-

tomica, donde l' impossibilità di una dimostraziona diretta dell' una o dell'altra teoria. Dopo il periodo critico attraversato dall' isteria ante bellum per la revisione cui fu sottoposta da *Babinski* e dai suoi scolari, oggi si può dire che la guerra ha rimesso in onore il quadro nosologico dell'antica isteria di *Charcot* sebbene alquanto modificato. Lasciando da parte dunque la dottrina di *Babinski* sull' isteria la quale è stata aspramente combattuta specialmente durante l'attuale guerra, si può dire che le più importanti teorie sull' isteria costruiscono la patogenesi della medesima basandosi su 2 ordini di fatti, vale a dire *a*) sulla psicologia individuale del soggetto (nervosità pregressa, tara ereditaria ecc.) e sull'azione determinante dei fattori psichici emotivi (spavento, passioni, suggestione, imitazione ecc.): *b*) sulla natura speciale di processi psichici (affettivi ed ideativi) che danno luogo alla cosidetta reazione isterica, nonchè ai varii fenomeni vasomotorii, trofici ecc. Per quanto si riferisce al primo ordine di fatti questi sono intimamente collegati con la *eziologia* dell' isteria e siccome fin'ora non ne abbiamo parlato è necessario ora accennare ai momenti eziologici più importanti dell' isteria, comprendendovi anche i disturbi funzionali del linguaggio. È necessario fin d'ora sapere a quali difficoltà si va incontro nel raccogliere i dati catamnestici nei soldati i quali in tutti i paesi hanno spesso (per quanto doloroso a dirlo) tendenza di mettere in evidenza dei momenti eziologici inesistenti oppure di esagerare quelli reali. Se tali sono le difficoltà generiche esse sono spesso addirittura insormontabili nei casi di mutismo o peggio ancora di sordomutismo isterico, in cui quando manca la cartella clinica (come spesso avviene) si può a mala pena raccogliere dai pazienti qualche notizia sommaria per iscritto, la quale per altro manca anch'essa quando si tratta di analfabeti. Ciò premesso, risulta innanzi tutto dalle mie statistiche, che il materiale che ho avuto a disposizione era composto in gran parte da *soldati* e raramente si trattava di *sottufficiali* (osserv, 15, 37, 40, 72, 77,) e più di rado ancora di *ufficiali* (osserv. 20, 44, e 61). Fra la classe sociale maggiormente colpita risulta quella dei contadini (circa il 50 % dei casi), tra cui parecchi analfabeti (osserv. 30, 49, 66, 70 ecc.), poi la classe degli operai (circa il 40 %), mentre le altre classi come possidenti, borghesi, professionisti, studenti ecc. erano colpite in piccola parte (10 %). Per ciò che riguarda *l'età* del soggetto nella maggioranza dei casi erano colpiti i giovani nell'età tra i 20 e i 30 anni, tuttavia non erano rispamiati nè i soggetti molto giovani tra i 17 e 20 anni, nè quelli al di sopra dei 30 anni

ed eccezionalmente anche quelli al di sopra di 40 anni (osserv. 46).

In quanto al *luogo di nascita* dei soggetti colpiti da mutismo od altri disturbi funzionali della parola non sono in grado di fornire dei dati precisi; perchè i soggetti, coll' istituzione dei varii centri neurologici, erano diretti sempre nei luoghi di mobilitazione o di origine; ogni statistica regionale in base ai casi di un solo centro neurologico sarebbe quindi inesatta e priva di valore, perchè essa conterrebbe soltanto i casi appartenenti ad una data provincia ed a quelle limitrofe. Infatti tra le regioni a cui appartengono i casi da me studiati il primo posto è occupato da Roma e provincie centrali, poi dalle provincie meridionali (Napoli, Gaeta, Bari, Lecce ecc.); mentre quelle settentrionali sono rappresentate soltanto due volte (Verona e Udine). Le difficoltà nel raccogliere la catamnesi, di cui sopra, fa sì che nei muti isterici non è possibile dare un giudizio esatto sulla frequenza della *tara ereditaria*. Tuttavia essa fu positiva in circa la metà dei casi, in cui fu possibile tale ricerca. Si trattava per lo più di tara ereditaria diretta e più di rado di quella collaterale che fu frequente soltanto nelle balbuzie (osserv. 5, 86, 87, e 89). L'esistenza di disturbi nervosi pregressi risultava in circa 30 % dei casi, per lo più in forma di vaghi disturbi nervosi (nervosità e talvolta carattere isterico), più di rado in forma di attacchi isterici e " crisettes " (circa 50 %) o in forma di epilessia, enuresi notturna od equivalenti epilettici (9 %). La lues fu confessata in 2 casi (osserv. 3 e 37); in un caso dove fu praticata la reazione di Wassermann per sospetto di lues questa riuscì positiva (osserv. 105). Gli abusi di vino e fumo erano per lo più negati dai pazienti, soltanto in due casi furono ammessi (osserv. 15, e 102). In rari casi i sintomi a carico del linguaggio sopravennero in seguito a malattie infettive (osserv. 88 ecc.). In fine il 15 % dei casi (più frequentemente nei casi di balbuzie (osserv. 82, 84, 87, 88, 89 e 90), ma anche nei casi di mutismo) preesistevano disturbi della parola per lo più in forma di balbuzie stesse (osserv. 9, 15, 16, e 59) od in forma di mutismo nei casi di mutismo recidivanti (osserv. 62 ecc.),

Nei casi di mutismo isterico di guerra una speciale importanza eziologia hanno inoltre i seguenti momenti eziologici: l' emozione, lo scoppio di obici, i traumi, il surmenage, gli strapazzi di guerra (vita di trincea, fame, tensione d'animo, insonnia ecc).

L'emozione e lo spavento puro — il più comune momento determinante i casi di mutismo isterico in tempo di pace — sono rari relativamente nei casi di guerra (circa nel 13 %). Le cause delle

emozioni suddette sono varie: bombardamenti aerei, siluramenti, incendii, fulmini, liti tra compagni, minaccie di superiori, siluramenti di trasporti militari, notizie sgradevoli ecc. (osserv. 14, 30, 48, 49, 80, 87, 94 ecc.). La causa più frequente, dato il metodo adottato nella seconda fase della guerra (azioni di artiglieria e guerra di trincea) è quella che risulta dalla combinazione dell'elemento emotivo dello spavento con traumi cagionati da esplosivi che colpivano i soggetti esauriti dal *surmenage* bellico. Infatti in circa 80 °[o dei casi i disturbi funzionali del linguaggio erano provocati (o più di rado esagerati nelle balbuzie) da scoppio di proiettili esplosivi per lo più di grosso calibro, talvolta associati a gas asfissianti (osserv. 71 e 79). In molti casi i pazienti rimasero sepolti per un periodo di tempo più o meno lungo sotto le macerie, talvolta proiettati con forza, con consecutive contusioni del cranio (osserv. 3, 7, 18, 83), del torace, degli arti o con ferite sia della lingua, (osserv 5), sia delle varie regioni del corpo. Per lo più si trattava di contusioni e ferite di lieve entità; soltanto in un caso esisteva una vasta perdita di sostanza ossea della regione parietale (osserv. 103) ed in un altro esistevano esiti di frattura della base del cranio (osserv. 104).

I disturbi della parola di origine isterica nella grande maggioranza dei casi sopravennero d'emblèe (circa 90 °[o dei casi) e, quando esisteva perdita di coscienza, si notarono già al momento del riacquisto della medesima; cioè a dire mancava, salvo esigue eccezioni (osserv. 86. 98, 50), quel periodo di meditazione, di libero intervallo o di incubazione che *Charcot, Oppenheim, Schuster* ed altri credettero inseparabile e necessario nei disturbi funzionali consecutivi a traumi e che oggi pare si osservi prevalentemente nei casi di sinistrosi (*Brissaud, Roussy, Naegeli, Morselli ecc.*) Infatti, a me risulta in circa 50 °/o dei casi una perdita di coscienza consecutiva allo scoppio dei proiettili, casi in cui i fenomeni isterici del linguaggio erano comparsi immediatamente al ritorno in sè dei pazienti. È difficilissimo stabilire in via retroattiva di che origine fosse siffatto disturbo. Ad ogni modo per spiegarlo si possono affacciare alla mente tre ipotesi; cioè che si tratti di una perdita di coscienza consecutiva a commozione cerebrale o che si tratti di una perdita di coscienza consecutiva ad emozione cioè di un deliquio consecutivo allo shok psichico oppure che si tratti di uno stato stuporoso o di uno stato crepuscolare isterico. Dalla mia casistica appare chiaramente che tutte le tre possibilità suddette debbono veramente avere avuto luogo. Così ad es. nelle osserv. 70, 73, e 55

si trattava indubbiamente di vere commozioni cerebrali, come ciò si deduce anche dall'amnesia lacunare anterograda che residuò, mentre nell'osserv. 7, 10 ecc. l'assenza di ogni disturbo della memoria dimostra invece essersi trattato di una perdita di coscienza di breve durata come ciò si osserva nei casi di shok con breve deliquio consecutivo. Nei casi infine, nei quali i pazienti riferiscono di essere stati affetti, per la durata della perdita di coscienza eccessivamente lunga (settimane o mesi), da disturbi anterogradi e retrogradi della memoria, si deve ammettere non più una vera perdita di coscienza ma soltanto uno stato stuporoso o crepuscolare (osserv. 36, 43, 72 ecc).

In complesso dunque si può dire che la causa più frequente del mutismo e dei disturbi funzionali affini del linguaggio sia lo scoppio d'obice che determina nella maggioranza dei casi una perdita di coscienza cui immediatamente segue il disturbo isterico stesso. Siffatto momento eziologico (scoppio d'obice — perdita di coscienza — mutismo) ha assunto durante l'attuale guerra nella patogenesi del mutismo e di altri disturbi isterici una importanza capitale, dando luogo alle ipotesi più disparate sul meccanismo dell'azione degli scoppi di proiettili. Di qui la necessità di far un pò di luce in questo intricato argomento, tenendo conto dei dati riferentisi alle mie osservazioni non solo ma anche a quelli degli altri autori. Occorre innanzi tutto indagare quali sieno le modificazioni di pressione che subisce l'aria a causa dello scoppio di un proiettile, e quali effetti tali modificazioni producano negl' individui che si trovano nella sfera di azione del proiettile stesso.

Di questo meccanismo si sono occupati sopratutto *Sollier e Chartier*. Quando cade sul suolo una granata, lo scoppio della medesima determina nell'aria la formazione di tre zone ciascuna delle quali ha pressione, forma e direzione differenti l'una dall'altra. Una delle zone è rappresentata dal cono di proiezione ed il soggetto che in essa si trova riceve un urto violento che lo proietta a distanza riducendolo ordinariamente a cadavere informe od a piccoli brandelli; se pure l' individuo sopravvive, egli presenta lesioni esterne gravi. L'altra zona è caratterizzata da brusche variazioni della densità atmosferica perchè in essa ad una prima elevazione della pressione tien dietro una brusca depressione causata dal movimento di assorbimento prodotto nella formazione del cono di esplosione. Gli individui che vi si trovano, sebbene non presentino lesioni esterne, o muoiono o vengono ridotti in condizioni gravi a causa

di emorragie negli organi interni come anche *Mairet e Durante* hanno potuto osservare nelle autopsie degli animali che hanno esposto al vento d'obice a scopo di esperimento. (Osservazioni analoghe riferisce *Reuter* sui cavalli da battaglia). Negli individui suddetti si può avere inoltre il quadro nosologico identico a quello osservato nella malattia dei Cassoni o nel cosidetto Morbus decompressionis dovuto alle embolie gassose (*Segaloff*). Nella ultima zona, infine, si producono vibrazioni rapidamente decrescenti rassomigliate alle vibrazioni elettriche: gli individui compresi ivi presnterebbero sindromi somiglianti a quella di folgorazione o da corrente ad alta tensione. Sta di fatto però che gli individui i quali si trovano ad una certa distanza dalle zone suddette, e talvolta anche quando sono compresi nelle due ultime, rimangono immuni da lesioni gravi non solo, ma sopravvivono senza presentare lesioni a focolaio, analogamente a quanto gli autori poc'anzi citati hanno constatato negli animali. Anche quando gli individui si trovano nella prima delle zone sopradescritte e vengono proiettati e sepolti sotto le macerie essi, come l'esperienza dimostra, non sempre trovano la morte, ma spesso sopravvivono illesi (*Jolowitz, Mörchen, Cheyron*) oppure presentano in primo tempo commozione cerebrale seguita poi da sintomi funzionali (*Grasset, Duprè, Binswanger, Gaupp,* io stesso, ecc.).

Le sindromi nervose che si svolgono in quest'ultima evenienza possono suddividersi, giusta il concetto dei varii autori, in tre gruppi:

a) *Sindromi di origine puramente commotiva* (*Ravaut, Lèriche, Guillain, Segaloff, Meyer, Harzbucher, Souques, Sarbò, Joubert, Virouboff, Heilig, Motte, Dawidenkoff, ecc.*)

b) *Sindromi di origine puramente emotiva* (*Bonhoeffer, Bttorf, Morselli E., Niessl von Mayendorff, Henneberg, Bielschowsky, Marie P., Levi Bianchini, Règis, Gaupp, Pitres, Roussy et Lhermitte, Claude, Grasset, Boisseau, Mairet et Pièron, Mœrchen, Bianchi V., Alberti, Pighini ecc.*)

c) *Sindromi di origine* (*mista*) *emo-commotiva* (*Vogt, Oppenheim, Donath, Morselli A., Sollier et Chartier, Schuster, Agostini ecc.*).

I fautori dell'origine puramente commotiva dei disturbi di cui sopra considerano quale momento patogenetico più importante la commozione cerebrale e chiamano le sindromi nervose in parola col nome di «*contusione da granata*», «*psiconeurosi contusionale*» (*Virouboff*) o *shell shok* (*Feiling, Mott*) *obusite* (*Ranjat*),

basandosi su casi in cui essi (*Ravaut ecc.*) hanno potuto constatare alterazioni fugaci del liquor (aumento di pressione e di albumina). Ciò viene negato da molti altri autori, i quali come *Gaupp, Binswanger, Bonhoeffer* ed altri sostengono l'origine puramente emotiva in siffatti casi non avendo essi potuto confermare le modificazioni del *liquor* già rilevate da *Ravaut.* Beninteso, nessuno degli autori nega l'esistenza dei casi di origine puramente commotiva, quando i caratteri clinici della sindrome parlano in modo chiaro ed indiscutibile in favore di focolai organici cerebrali o spinali, come ciò avviene nelle ematomielie, emorragie cerebrali o spinali, ematomi e nel Morbus decompressionis. Ciò che viene invece negato recisamento dalla maggioranza degli autori suddetti è l'esistenza dei casi con disturbi a carattere nettamente funzionale cioè senza segni di lesione organica la cui origine commozionale sostengono gli autori del primo gruppo. Per conciliare le opinioni dei due gruppi di tendenze opposte *Vogt* creò il concetto di *«neurosi da commozione»* (*kommotionsneurose*), in cui egli ammise l'esistenza di ambedue i fattori eziologici, giudicando i casi di lesioni cosidette funzionali come di origine emo-commotiva, denominazione che fu accettata da alcuni autori quali *Donath, Morselli A.* ed altri. *Sarbò,* poi, in questi casi parla di alterazioni microstrutturali del sistema nervoso riferendosi a sindromi da lui osservate che stanno a cavallo fra il funzionale e l'organico e presentano segni di ambedue neurosi cioè di quella organica (segni di Babinski, disturbi vescicali, alterazioni di eccitabilità elettrica nei muscoli) e di quella funzionale (tremore, anestesie ecc.). A questa categoria appartengono anche le osservazioni di *Dawidenkoff* di balbuzie con paralisi del VII. inferiore di destra che egli attribuisce a lesioni commozionali organiche, basandosi appunto sulla paralisi del VII. inferiore suddetto cui egli non definisce i caratteri, mentre siffatta paralisi nelle balbuzie può essere anche di origine funzionale (come ho potuto constatare nei casi da me studiati), sebbene con caratteri alquanto differenti da quelli organici (V. Sintomatologia). Per ciò che riguarda queste ed analoghe osservazioni degli autori surricordati, e di me stesso, non si può fare altra obiezione all'infuori di questa: che in siffatto gruppo di casi vengono compresi sotto un'unica denominazione sindromi che appartengono a due gruppi di malattie opposte di cui ognuna cioè l'organica e funzionale ha un proprio diagnostico, decorso, prognosi e terapia. È quindi preferibile, giusta anche le vedute di *Gaupp,*

Grasset, Buscaino e Coppola, De Sandro, Morselli A. ed altri di parlare in siffatta evenienza di sindromi di associazioni istero-organiche invece che di sindromi emo-commotive; queste infatti non rendono chiaro nè il concetto patogenetico, nè quello diagnostico e soltanto tengono conto del momento eziologico. Ma se contro i suddetti casi non si può sollevare obiezione alcuna essendo chiara qui una lesione organica e funzionale che si combinano tra di loro, non si può dire altrettanto quanto concerne la neurosi da commozione di *Vogt, Donath, Schuster* ecc. ed i casi di sordomutismo dello stesso *Sarbò*, il quale li considera dovuti ad alterazioni cerebrali microstrutturali guaribili; laddove gli AA. suddetti ammettono che sia sufficiente l'elemento commotivo fugace (commozione cerebrale pregressa) affinchè si debba determinare un disturbo funzionale duraturo. Per siffatti casi è necessario rifiutare recisamente la denominazione clinica suddetta, la quale contiene in sè stessa una soluzione di questioni patogenetiche ancora insolute e pregiudica in modo pericoloso la qnestione stessa. Infatti non vi è alcun motivo di supporre che la commozione cerebrale del tempo di guerra sia differente da quella del tempo di pace; e pure nessun autore ha mai parlato nè osservato le sindromi emo-commotive negli individui che hanno avuto delle commozioni cerebrali per traumi volgari quotidiani, che non lasciano alcun postumo eccetto un'amnesia lacunare *(Bonhoeffer)*. Al contrario l'esperienza bellica con i suoi numerosi traumi ha dimostrato che la commozione cerebrale non solo, ma anche la contusione e lesione con ferite gravi del cerebrum solo raramente vengono seguite da neurosi funzionali (istero-neurasteniche). Con quale diritto dunque si può parlare di sindromi emo-commotive in cui sono presenti solo i fenomeni emotivi (funzionali) e gli altri invece cioè i commotivi, (organici) non esistono, nè hanno lasciato traccia alcuna? Siffatta questione è di massima importanza per il quadro nosologico di *Vogt* (*kommotionsneurose*) non solo, ma essa rappresenta il quesito di vita o di morte per quella sindrome funzionale che *Oppenheim* descrisse e qualificò come «*neurosi traumatica*» e che egli cercò di mantenere e salvare dal naufragio, nel periodo bellico.

Senza rimettere sul tappeto siffatta intricata questione mi limiterò a dire soltanto che l'attuale guerra è riuscita sfavorevole alla dottrina di *Oppenheim* sulla neurosi traumatica. La lunga ed esauriente discussione fatta su tale argomento in più riprese in Germania (Congressi di neurologia di Berlino e di Monaco) cui

parteciparono i più illustri neurologi contemporanei tedeschi (*Gaupp, Nonne, Lewandowsky, Struempell, Mœrchen* ecc.) ha dimostrato che non è possibile in base all'esperienza bellica ammettere un quadro di neurosi funzionale con caratteri speciali (in parte isteci e neurastenici, in parte non isterici, nè neurastenici e nemmeno organici quali *akinesia amnestica, miotonoclonia trepidans*) che si sviluppano soltanto per conseguenza di traumi come *Oppenheim* ha creduto di dover sostenere.

E che ciò non si debba ammettere fu dimostrato sia con i fatti di osservazione clinica che rilevarono trattarsi in questi casi (di presunta neurosi traumatica) di isteria, neurastenia o di istero-neurastenia, sia con i dati eziologici da cui risulta che i traumi cerebrospinali anche gravi, giusta anche le vedute di *Gaupp, Nonne, Lewandowsky,* ed altri spesso non vengono seguiti da disturbi funzionali. Nè valse all' illustre neuropatologo per salvare il quadro nosologico creato di aver voluto sostenere come *ultima ratio* trattarsi nei casi che egli classificò come neurosi traumatica, di alterazioni dovute ad « *un'onda di scuotimento nell'organo centrale* » e con ciò lanciare per siffatta affezione l' ipotesi di una base organica per quanto non apprezzabile cogli attuati mezzi d' indagine, perchè, *come giustamente osserva Gaupp, noi appunto chiamiamo col nome di funzionali lèsioni nelle quali mancano le alterazioni organiche apprezzabili.* L'acuta osservazione di *Lewandowsky* confermata in seguito anche da *Grasset* ed altri che cioè i traumi molto gravi come contusioni e ferite dell' encefalo anzi di regola non vengono seguiti da disturbi funzionali, mentre il più delle volte sono quelli lievi che danno luogo a disturbi suddetti tolse ogni ragione di separare l' istero - neurastenia traumatica dall' istero - neurastenia comune. Le recenti statistiche di *Mœrchen* anche esse dimostrano quanto rari sono i disturbi funzionali nervosi consecutivi a traumi compresi quelli gravi (6 casi su 4000 esaminati). Siffatto concetto viene ancora maggiormente confermato dal fatto che i varii quadri funzionali quali *paralisi riflessa, akinesia amnestica, miotonoclonia trepidans,* che *Oppenheim* cercò di separare dall' isteria, evidentemente appartengono all' isteria e ciò anche perchè come riconobbe lo stesso *Oppenheim* non esiste alcun criterio clinico netto per differenziarle e quindi giustificare questa separazione tra l' isteria e siffatte alterazioni funzionali. Soltanto ammettendo una origine puramente suggestiva o pitatica dell' isteria come l'ammette *Babinski* e che come dimostreremo più

innanzi oggi non regge più, si trovano dei criterii differenziali tra le cosidette paralisi riflesse di *Babinski* e *le paralisi isteriche, i quali criteri* consistono appunto *nei fenomeni trofici e vasomotorii* e che l'autore suddetto per la loro origine evidentemente organica (fisiopatica) in base alla dottrina del pitiatismo non crede possano appartenere all' istoria. E' fuori dubbio che parecchi sintomi dell' isteria (e ciò anche indipendentemente dalla sindrome di paralisi riflessa) hanno una chiara base organica, e nessuno potrebbe negare che una serie di disturbi isterici derivino da disfunzione tiroidea, surrenale ecc., nè che i fenomeni vasomotorii e trofici debbano considerarsi come sintomi dipendenti da turbamento del sistema simpatico o endocrino - simpatico. Però questi sintomi giusta anche le vedute di *Lewandowsky, Levi Bianchini, De Sanctis, Monakow,* (V. più innanzi) e molti altri per i quali la teoria psicologica di isteria di *Babinski* non è veritiera sono sintomi derivati od associati e dovuti verosimilmente alla sejunzione di complessi di innervazione viscerale e simpatica (*Konhstamm*) od alla neuroschisi dei ganglioneuroni simpatici (*Levi Bianchini*). Non vi è quindi ragione alcuna anche qui di separare le paralisi riflesse da quelle isteriche comuni. (Non è questo il luogo di discutere quanta parte spetta nella sindrome suddetta ai sintomi associati o derivati dovuti all' inazione (anchilosi, retrazioni cicatriziali) ed a lesioni tramatiche dirette del simpatico. Lo stesso dicasi per i casi di afonia isterica monosintomatica posttraumatica che in nulla differiscono da quelli di afonia isterica volgare (*Nadoleczny*) e che *Bilancioni* recentemente ha cercato di separare come dovuti ad alterazioni endocrino - simpatiche soltanto.

E che una siffatta concezione patogenetica di disturbi laringei non sia esatta risulta anche chiaramente dai casi di guerra da me riportati, in cui dopo un lungo periodo trascorso dal trauma (da 1 a 3 anni) i disturbi endocrino - simpatici erano rari e di poca entità e talvolta mancanti, mentre le sindromi laringee (afonia, mutismo ecc.) persistevano ancora inalterate. A ciò si aggiunga che le vere sindromi di Basedow post traumatico sono rarissime (1 o[o] di osserv. personale). Sarebbe dunque anche per questi casi necessario ammettere che le alterazioni simpatiche quanto più sono lievi tanto più grave è il quadro sintomatico (Bilancioni ammette persino mutismo isterico di origine simpatica!) cui esse danno luogo. Ed infatti, per quanto io sappia, nessuno ha mai descritto un'afonia completa (esclusi i casi di compressione diretta del N.

laringeo) o tanto meno il mutismo durante il decorso di un Morbo di Basedow-Flaiani in cui pure esistono gravi alterazioni del sistema endocrino-simpatico. Lo stesso dicasi di quei casi nei quali *Bilancioni* osservò oltre l'afonia e mutismo delle vere psicosi (sindromi confusionali, narcolessia, delirio onirico ecc.) che secondo *Grasset* appartengono all'istero-neurastenia e che egli preferisce chiamare col nome di "*psiconeurosi emozionale e mentale*", ed in cui i fenomeni emotivi psichici mascherano i fenomeni neurosici contrariamente a quanto avviene nelle altre due forme di psiconeurosi belliche rilevate dallo stesso autore cioè in quella *sensitivo-motoria* e *sensorio-motoria*. Nè vale obbiettare che i casi di mutismo od afasia suddetta non guariscono coll'etero narcosi (la cui efficacia è dubbia in tutti i casi, V. terapia) ma soltanto coll'opoterapia, perchè non si può dimostrare la reale efficacia (cioè non suggestiva) di quest'ultima, nè essa sfugge all'obbiezione *post hoc ergo propter hoc*. A ciò invece io posso anteporre un caso di osservazione personale di mutismo associato a Morbo di Basedow post traumatico in cui dietro una forte emozione soltanto guarì il mutismo, mentre persistevano invariati tutti gli altri sintomi del morbo suddetto. Sarebbe dunque un pericoloso semplicismo confondere i sintomi associati o derivati con i sintomi primarii isterici ed ammettere con Bilancioni che l'emozione-shok possa dar luogo a delle "manifestazioni di sindromi nervose di ordine emotivo e forse anche commotivo" che in fondo per nulla si distinguono dalle note sindromi isteriche monosintomatiche, mentre differiscono da quelle già note endocrino-simpatiche. E' vero che secondo la recente teoria (biologica) sull'isteria di *Monakow* avrebbero una base organica i fenomeni simpatici non solo ma anche quelli psichici. Però l'illustre neurologo è lungi dal voler affermare che i fenomeni endocrino-simpatici (che anche egli considera come derivati od associati) rappresentino il *primum movens* di un qualsiasi disturbo funzionale nervoso o psichico. Secondo *Monakow*, infatti, nell'isteria si tratterebbe di una reazione complicata (che in fondo s'avvicina a quella descritta da *Freud* di cui parleremo più innanzi) del sistema nervoso centrale rispettivamente della cosidetta "*Hormè*". *Siffatta reazione si accompagna sempre* a

La parola greca hormè = affetto rappresenta per il Monakow il *primum movens* della vita stessa "l'energia potenziale del protoplasma vivente„ — madre degli istinti" ecc. (un concetto metafisico più ampio e più profondo della „ *mneme*" di R. Semon.

disturbi di secrezione interna ed a disturbi del sistema nervoso cerebro spinale. I disturbi secretorii suddetti che prendono la loro origine dalla corteccia (che normalmente domina e mantiene in equilibrio il sistema endocrino - simpatico) consisterebbero, sempre secondo *Monakow*, nella produzione di abnormi sostanze tossiche endogene la cui azione patologica sarebbe analoga a quella delle sostanze tossiche esogene (alcool, mortina, virus infettivi ecc): cioè verrebbero colpiti dapprima il sistema endocrino - simpatico stesso (compresi i centri cortico simpatici ancora sconosciuti) e poi (per mezzo del plesso coroideo e del Liquor) il sistema nervoso centrale (i varii complessi delle fibre associative). Da quanto sopra si inferisce che anche la dottrina suesposta non tiene alcun conto della commozione nella genesi dei varii disturbi nervosi funzionali e che se tale dottrina concede a siffatti disturbi una base organica, questa è di natura biochimica (non commotiva) ed esclusivamente endocrino - simpatica. Avendo così dimostrato di non essere possibile aderire all'opinione degli AA. i quali considerano le sindromi funzionali da esplosione di granata di origine purumente commotiva nè a quella che le giudicano di origine emocommotiva, non ci rimane altro che uniformarci all'opinione di quella stragrande maggioranza degli autori che giudica i disturbi funzionali da trauma di guerra, compresi quelli da scoppio d'obice, di origine puramente emotiva.

Siffatta concezione patogenetica ha bisogno di ulteriori delucidazioni, perchè anche nel giudicare il valore della emozione nella genesi dell'isteria di guerra gli autori si dividono in due gruppi diametralmente opposti. Gli uni con a capo *Sollier, Gaupp, Struempell, Regis.* ecc. attribuiscono all'emozione un valore diretto e primitivo e giudicano tutte le manifestazioni isteriche come *psicogene*; gli altri con a capo *Nonne, Iendrassik, Babinski, Binswanger ecc.* contestano che l' emozione eserciti un'azione diretta nella genesi suddetta, ma le attribuiscono un'azione indiretta, secondaria, nel senso che essa aumenta la suggestibilità dell'individuo, giudicando così le manifestazioni isteriche come esclusivamente pitiatiche o *ideogene.* — Da ciò si inferisce che il quesito principale che rappresenta il punto culminante nella patogenesi dell'isteria di guerra è identico a quello che da anni agita le menti più scelte del mondo neurologico e cioè se i fenomeni isterici si svolgono sotto l'azione diretta e primitiva dell'emozione; oppure se i fenomeni suddetti rappresentano un prodotto diretto di una suggestione pura e semplice.

Ambedue i gruppi degli autori di tendenze opposte riportano in favore delle loro ipotesi (perchè qui siamo destinati purtroppo a rimanere sempre nel campo di ipotesi) degli argomenti serii ed obiettivi e sta ora a vedere quale delle due ipotesi cioè la *emotiva* (*psicogena*) o *l'ideogena* hanno per sè le maggiori probabilità. Per avvicinare siffatta intricata questione é necessario analizzare alquanto i fenomeni isterici stessi. Mentre all'epoca di *Charcot*, per la genesi dei siffatti fenomeni in tutte le loro manifestazioni classiche si attribuiva l'importanza quasi esclusiva all'elemento emotivo, (tenendo però anche conto di quello suggestivo: fase di di meditazione); *Babinski* con la sua „revisione" della questione dell'isteria negava ciò sostenendo che tutti i fenomeni isterici che egli chiamò semplicemente pitiatici sono dovuti alla suggestione soltanto (auto - ed eterosuggestione).

Per *Babinski* dunque i fenomeni isterici sono identici a quelli volontarii coscienti e la differenza tra i due fenomeni suddetti è soltanto "d'ordre moral". Sta di fatto che nell'isteria *a)* vi é spesso la volontà di ammalarsi, *b)* che molti sintomi non si possono distinguere da quelli simulati e *c)* che molti sintomi si possono riprodurre con la volontà. Però il *Babinski* volle troppo generalizzare. Perchè se è vero che molti dei fenomeni si riproducono con la volontà, con la suggestione o coll'ipnosi, vi sono degli altri (come ad es. paralisi, spasmi delle corde vocali, contratture della lingua, fenomeni volontari e simpatici di cui abbiamo riportato numerosi esempi) che non si possono affatto riprodurre con la volontà neanche coll'esercizio di questa (per quanto sia strano e ridicolo ammettere che un'isterico prima di ammalarsi si debba esercitare per ottenere certi effetti morbosi!). È necessario ammettere quindi, giusta le vedute di *Lewandowsky*, un disturbo più profondo, più duraturo e differente da quello di un semplice pitiatismo cioè di una suggestione cosciente e volontaria. È vero che *Babinski* per salvare la sua teoria ha proceduto al così detto "démembrement de l'hysterie", eliminando da essa tutti quei disturbi (e sopratutto i fenomeni vasomotori, trofici e simpatici) che non riusciva a spiegare con la suddetta teoria — è bene dirlo — puramente psicologica. Però anche con il suddetto modo di procedere, *Babinski* non ottenne alcun risultato positivo, perchè gli fu necessario creare sia dei nuovi quadri clinici funzionali di origine dubbia (non organica, nè isterica) facendovi rientrare tutti quei fenomeni che in realtà appartengono all'isteria, sia nuove sindromi che non corrispondono alla realtà e delle altre che corrispondono all'isteria (*Le-*

wandowsky). L'attuale guerra poi ha segnato addirittura una catastrofe per la dottrina di *Babinski* la quale come abbiamo già detto presuppone una costante volontà (cosciente) di ammalarsi in ogni soggetto che presenta delle manifestazioni pitiatiche. Per ciò che riguarda i fenomi vasomotorii, trofici e simpatici che da *Babinski* vengono negati come appartenenti all' isteria io mi permetto di rimandare al lettore anche alla lucida esposizione della questione nel recente lavoro di *S. de Sanctis* (*Isterismo di guerra*) in cui giusta le vedute di *Lewandowsky, Monakow, Bianchi, Dejèrine, Levi Bianchini, Mingazzini, Tamburini* ecc. viene dimostrato che pure essi fanno parte della sindrome isterica. Anch'io sono dell'opinione degli autori suddetti come *risulta chiaramente da quanto ho esposto in precedenza.*

Qui pertanto cercherò di dimostrare l'inesattezza della teoria di *Babinski* anche dal punto di vista psicologico. Infatti è sufficiente ricordare il modo con cui si svolgono le sindromi funzionali di mutismo isterico da scoppio di granata e tener presente che dalla maggioranza dei casi suddetti si ha in primo tempo perdita di coscienza, cui segue immediatamente dopo il disturbo isterico, e precisamente il mutismo, per dimostrare che il modo con cui si svolge il disturbo stesso non è affatto quello di un'auto suggestione cosciente. Infatti non si può ammettere l'esistenza di siffatto processo cosciente nella genesi del mutismo isterico quando si pensa che gl' individui prima di esser stati projettati o sotterrati dell'esplosione di una granata parlavano e che non appena si dilegua l'emozione cerebrale si svegliano muti: siffatto modo di svolgersi di disturbi isterici fu osservato d'accordo con le mie osservazioni anche da *Gaupp, Duprè, Roussy* — tutti autori i quali sono concordi nel rilevare in siffatta evidenza l' inportanza della perdita di coscienza e della immediata comparsa dei disturbi funzionali al ritorno della coscienza stessa. Anzi secondo il *Sarbò*, il fatto sarebbe costante: tanto è vero che l'autore suddetto, tenendo fermo alle vedute di *Charcot* che richiedevano quale indispensbile per lo svolgersi di un disturbo isterico un periodo obbligato di meditazione, preferisce ascrivere tutti i disturbi funzionali immediatamente susseguenti alla perdita di coscienza alle *neurosi organiche* piuttosto che a quelle funzionali. *Mock.* poi ha potuto provocare, per mezzo di esperimenti opportunamente disposti, in alcuni soggetti lì per lì mutismo ed afonia isterica, senza alcun periodo di meditazione non solo, ma inoltre per mezzo del laringoscopico ha osservato contemporaneamente allo stabilirsi di

siffatti disturbi l'azione quasi diretta ed immediata del trauma psichico (spavento) sulle corde vocali ed i movimenti respiratorii. Anche l' isteria nei bambini dimostra quale enorme e si direbbe esclusiva importanza ha nella genesi l'elemento psicogeno. Sono note, infine, l'esperienze dei fisiologi e psicologi d'ogni nazione, anche degl' italiani (*Mosso e Patrizi*) che dimostrano che ogni emozione brusca eccita il cuore, il respiro, la circolazione, provoca la secrezione, nel sangue di adrenalina, tiroidina, glucosio ecc. (*Cannon, Asher*) cambia le correnti elettriche nella superficie del corpo, sviluppa forze elettromotrici (riflesso psicogalvanico di *Veraguth*). Non solo, dunque, la clinica ma anche la fisiopatologia depongono per la efficienza della emozione-shok nella produzione dei fenomeni isterici ed emotivi *simpatici* (*Levi Bianchini*). L'emozione inoltre ha una grande importanza non solo nella genesi degli accidenti isterici, ma anche nella loro guarione come recentemente *Muck* ed io stesso abbiamo potuto osservare nei casi di mutismo isterico guariti d'emblée in seguito ad una nuova emozione. I pazienti suddetti affermano che essi non si sono accorti affatto del modo con cui hanno potuto riparlare nè perchè non hanno parlato prima: ciò che maggiormente conferma la tesi che anche nella guarigione dei disturbi isterici la suggestione cosciente in primo tempo non partecipa affatto. Lo stesso dicasi dei casi guariti (o provocati) coll' ipnosi: fatto che per *Babinski* e *Nonne* depone in favore di una patogenesi esclusivamente suggestiva (ideogena) degli accidenti isterici; mentre in realtà noi vediamo essere più vicine al vero le vedute di *Freud* e dei suoi scolari; cioè che sia nell'ipnosi come nella catarsis esistono segni di stato affettivo intenso (accanto a quello suggestivo) e che quindi anche qui valgono i criteri già esposti per la genesi emozionale (psicogena) degli accidenti isterici in genere. È vero che *Babinski* nega l'esistenza dei casi di origine emozionale basandosi in parte sulle contrastate osservazioni del terremoto di Messina in cui mancavano secondo alcuni autori i casi di isteria (fatto smentito poi da *Lombroso*), in parte sull' inchieste fatte nelle sale mortuarie; anch'esse non dimostrative perchè nessuno ha mai sostenuto che l'emozione da sola produce l' isteria. Volendo ad ogni costo dimostrare che il meccanismo patogenetico dell' isteria da lui indicato sia l'unico, *Babinski* in base ad osservazioni isolate sostiene che l' individuo isterico anche quando è sotto l'azione di un vento d'obice, riesce sempre a mettersi prima in salvo e soltanto, avvenuto ciò, si abbandona alla meditazione tranquilla, cui segue l'autosuggestione

con i relativi fenomeni pitiatici. Che ciò sia inesatto ha riconosciuto lo stesso *Babinsk* (nell'ultimo libro da lui pubblicato *Hysterie - pithiatisme)* in cui egli sente il bisogno di modificare alquanto le sue vedute dicendo che " non risulta dunque che l'emozione da *sola* sia capace di creare crisi isteriche ". Ad ogni modo *Babinski* tutt'al più concede all' emozione un' azione indiretta e secondaria nella genesi degli accidenti isterici per quanto essa aumenti la suggestibilità dell' individuo.

Nessuno ha mai negato l' importanza della suggestione nell' isteria ed anzi nell' isteria di guerra è frequente l' impiantarsi in via suggestiva sopra delle lesioni organiche dei fenomeni isterici. Sono noti pure i casi della così detta isteria d' imitazione (epidemie isteriche, crisi di pianto, mutismo e tremori collettivi) più volte anche osservati durante l'attuale guerra simultaneamente negl'intieri reggimenti (*Roussy, Gaupp,* io stesso osserv. 38) ed i così detti *fenomeni iatrogeni,* ai quali *Babinski* generalizzando attribuisce tutti i fenomeni sensitivo - sensoriali che rappresentano le forme più pure della così detta isteria da suggestione o da imitazione (*mitomania, Duprè*). Però con ciò non viene affatto dimostrato che 1) per tutti i casi dell' isteria la suggestione cosciente sia quella che determina lo svolgersi di tutti i fenomeni isterici 2) che tutti i fenomeni suggestivi di affetti ed idee siano senz'altro isterici. — Per ciò che riguarda il primo punto abbiamo già ampiamente discusso e dimostrato che nella maggioranza dei casi d' isteria da guerra e di pace i fenomeni isterici si svolgono non in via pitiatica (autosuggestiva cosciente) ma anzi susseguono immediatamente ad una perdita di coscienza completa o talvolta incompleta (stati crepuscolari, *Baumann, Fürstner, Gerlach*) od anche nel sonno (osserv. 15). Per ciò che riguarda il secondo punto secondo *Lewandowsky* non si può tracciare una linea di confine netta tra gli effetti della suggestione che debbono essere considerati come normali o come isterici; ciò che se è ancora possibile nei riguardi delle manifestazioni somatiche, non lo è più per quelle psichiche (delitti per onore leso, visioni artistiche, amore ecc.)

Si inferisce quindi che la teoria della suggesione cosciente di *Babinski* od il così detto *pitiatismo* non sono in grado di risolvere direttamente la questione della patogenesi dell' isteria e ciò per varie ragioni che qui sotto riassumiamo:

1) con la suggestione siffatta non si possono riprodurre tutti i fenomeni che si osservano nell' isteria,

2) la suggestione cosciente manca in primo tempo nella mag-

gioranza dei casi dell' isteria di guerra come la dimostrano specialmente i casi d' isteria consecutiva al vento d' obice con perdita di coscienza e con le manifestazione isteriche immediate (dopo il ritorno della coscienza stessa) determinate dall'azione primitiva dell'emozione.

3) non si può tracciare una linea di confine netta tra gli effetti della suggestione che debbono essere considerati come normali e quelli che debbono essere considerati come isterici e quindi la suggestione non rappresenta l'elemento più carattaristico ed unico dell' isteria stessa.

Questo triplo ordine di fatti psicologico e clinici dimostra chiaramente che la dottrina di *Babinski* non corrisponde ai dati obbiettivi clinici che si constatano nello svolgersi nei fenomeni isterici; non solo, ma essa non dà nessuna spiegazione sulla cosiddetta reazione isterica considerandola come normale (volontaria o semivolontaria). Non essendo, dunque, possibile spiegare il processo psichico della reazione isterica con i processi suggestivi coscienti nel senso di *Babinski*, l'essenziale di siffatta reazione logicamente dev'essere ricercato nel subcosciente. Sebbene i processi subcoscienti vengono teoricamente negati dai più noti psicologici e psichiatri (*Wundt*, *Kraepelin*, *Ziehen*, per il quale ultimo la psiche equivale alla coscienza), sta di fatto però che ogni contenuto psichico non si trova sempre sulla superficie della coscienza stessa; e che praticamente quindi esistono le immagini ed i processi psichici subcoscienti (sono queste le così dette *appercezioni di Wundt* ed i desiderii che sonnecchiano nel fondo dell'anima di *Kraepelin*). L'elemento subcosciente, infatti, rappresenta la base di tutte le moderne teorie dell' isteria, eccetto quella già definita da *Babinski*. Fra queste il primo posto occupa la teoria di *P. Janet*, il quale considera l' isteria come una dissociazione psichica (dédoublement): cioè dire nell' isteria una parte dei fenomeni psichici viene soppressa nella coscienza dell' individuo, dando luogo a processi subcoscienti, i quali a loro volta consistono nel separare una parte della coscienza dall'altra, provocando lo sdoppiamento della coscienza stessa e quindi della personalità. Secondo la teoria di *Janet* (la cosidetta teoriaa base della personalità integrale), dunque, la personalità isterica è non solo debole, suggestionabile, di facile emotività ma non è una personalità unica. Ora siffatto concetto patogenetico dell' isteria, sebbene non del tutto originale inquanto esso riproduce in altri termini le vecchie teorie a base di blocco associativo intracorticale (recentemente rimesse in onore da *Jendrassik*), è stato accettato dalla maggioranza degli autori e rimase quasi invariato fino ad oggi sebbene

alquanto modificato. Fra le teorie moderne che si basano sullo stesso concetto patogenetico vogliamo citare ancora quelle di *Dejèrine*, il quale ammette come caratteristico della personalità isterica il fatto che la sua psiche sembra formata da tante parti male riunite insieme e che l'emozione può *dissociare*, sottraendo un gruppo di organi od un'organo isolato all'azione della volontà. Così pure *Tamburini* ammette quale punto di partenza dei fenomeni isterici un' anomala attività delle aree di associazione e dei varii centri psichici, sensomotorii e viscerali. Anche la moderna dottrina di *Levi Bianchini* ammette nell' isteria una *dissociazione, autonomia ed ipermegalia funzionali di fronte a stimoli patogeni o no, esterni od interni.* La base fondamentale dei disturbi isterici secondo l'autore suddetto che senza dubbio ha molto approfondito la questione della patogenesi dell' isteria stessa, (1) sarebbe *un dinamismo neurassiale degenerativo costituito da uno stato originario di psichoschisi, psiconeuroschisi o neuroschisi* più o meno prevalente: a seconda che vengono colpiti i varii settori del neurasse che l'autore divide in *a*) *psichioni* (cellule corticali) in cui ha sede la coscienza cenestetica dell' Io *b*) *psiconeuroni* (cellule del talamo, corpi striati e forse mesencefalo) ove risiede la coscienza subliminale di coordinazione e di difesa e che rappresentano il centro delle emozioni brute, *c*) *neuroni* (cervelletto, bulbo, midollo) che sono sede dei fenomeni di stabilizzazione e di automatismo sensorio, *d*) *ganglioneuroni* (sistema simpatico) ove risiede la reflettività viscerale, vaso neurotrofica ecc. L' isteria dunque, sempre secondo il concetto di *Levi Bianchini* può essere a tipo *psichico* o a tipo *somatico*, più spesso a tipo *misto* a seconda che prevalgono nel quadro clinico sintomi del *psichismo* o dei sistemi ganglio - basilari, ponto - bulbari, e del midollo o del simpatico (sintomi del *somatismo*). Anche i recenti concetti di *Kohustamm* sull' isteria si fondano sulla stessa base dello sdoppiamento della coscienza già ammessa da *Janet;* la dottrina di questo autore peraltro in nulla o quasi differisce da quella di *Levi Bianchini* al quale spesse il merito di averla formulata prima: anche *Kohnstamm* infatti, distingue le dissociazioni puramente psichiche (che egli chiama col nome di *schizotimie*, da quelle puramente funzionali somatiche, che si riferiscono a dati complessi d' innervazione subco-

1) *M. Levi Bianchini.* L' isterismo dalle antiche alle moderne dottrine — Drucker Padova, — 1913. Con la storia completa della questione, esposizione della sua teoria biologica dell' isterismo e ricca bibliografia.

sciente come ad es. i complessi d' innervazione viscerale, che egli chiama col nome di *isterie da sejunczione.* Così pure *Mingazzini* nel suo recentissimo lavoro considera le manifestazioni isteriche dovute a sejunczioni di complessi di innervazione nel senso di *Wernicke* e *Levi Bianchini;* mentre *Moerchen* torna nuovamente a parlare di blocco di complessi funzionali psicomotori o psicosensitivi che egli crede dovuti al cosidetto "*Innervationshock*". Anche il concetto di *Akinesia amnestica* di *Oppenheim* preceduto o no da un *désordre mental,* che l'autore suddetto vuole riservato soltanto ai casi di neurosi traumatica e che *Muck* invece applica al mutismo ed afonia isterica (*amnesia phonopoetica*) non fuoriesce dal quadro dello sdoppiamento della coscienza di *Janet* non solo, ma ne rappresenta il prototipo. Lo stesso dicasi dei concetti che saranno più innanzi da me espressi sul mutismo isterico, in cui per mancanza di quell' impulso dovuto, secondo *Monakow*, a tutta quanta la corticalità è applicabile pure la sua dottrina di *diaschisis* o quella della psicoschisi di *Levi Bianchini* oppure i concetti di *Hartmann* sulle aprassie circoscritte (che egli espresse a proposito delle lesioni dei lobi prefrontali).

Una volta dunque ammesso, giusta anche le vedute della maggioranza degli autori testè citati, che le due caratteristiche delle reazioni isteriche consistono a) in processi subcoscenti, e b) nello sdoppiamento della coscienza, è necessario chiarire se queste reazioni si svolgono in via emotiva od in via ideogena. È necessario però fin d'ora sapere come alcuni autori tra cui *Bleuler* considerano la suggestione quale parte della affettività ed emotività, la quale suggestione quindi rappresenta la trasmissione sia delle idee (immaginazioni) sia degli affetti stessi. Inoltre giusta anche le vedute di *Lewandowsky* le idee (immaginazioni) e gli affetti non sono delle cose diverse e disparate, quando si pensa che come l'affetto può influire sulle idee così viceversa le idee possono influire sull'affetto, per quanto non si possa negare che generalmente l'affetto crea una condizione necessaria per la suggestione ed anzi,, immediatamente la precede come lo stimolo precede il movimento ,. (*De Sanctis*). Praticamente quindi, sempre secondo *Lewandowsky*, porre la questione *affetto* o *idea* significa mettere in discussione un quesito insolubile (che fa parte della contrastata teoria di *Ribot* sui sentimenti) perchè sebbene teoricamente noi distinguiamo l'affetto dall'idea ambedue in realtà rappresentano il contenuto della coscienza (e quindi della psiche), mentre la suggestione non è che una tendenza della coscienza stessa. La separazione di immagini

(idee) e di affetti è dunque soltanto apparente (*L. Frank*). Ciò premesso, il quesito di quale sia l'origine delle reazioni isteriche suesposte viene modificato nel senso di ricercare quale sia la prima causa, il *primum movens*, di siffatta reazione cioè *l'emozione* (l'affetto) o *l' idea* (la suggestione).

Abbiamo già dimostrato, parlando della dottrina di *Babinski* sull'isteria, che nella maggioranza dei casi di isteria bellica il *primum movens* delle reazioni isteriche non può essere dato nè dalla suggestione nè dalla immaginazione (o idea), perchè non si può ammettere un'azione suggestiva cosciente per le reazioni suddette che si svolgono durante il periodo di tempo, in cui l'individuo è incosciente, mancando cioè il necessario periodo di meditazione primordiale. Analogamente, si deve ammettere lo stesso meccanismo patogenetico anche per quei casi, in cui le reazioni isteriche si svolgono in piena coscienza ed apparentemente senza alcuna emozione e sotto la diretta influenza della suggestione, come ciò avviene nei casi di isteria da imitazione; nei quali, giusta il concetto psicologico fondamentale testè esposto, cioè dire che l'idea e l'affetto sono inseparabili, nel contenuto della coscienza non si può ammettere che *l'idea da sola* possa produrre lo sdoppiamento della coscienza stessa. Non solo, ma se è vero, come alcuni affermano, che la suggestione non rappresenta altro che una pura trasmissione delle idee e degli affetti (compresi quelli di autosuggestione) allora la successiva elaborazione psichica delle idee e degli affetti trasmessi in via suggestiva dipenderebbe mai piu dalla suggestione, ma invece esclusivamente dalla tendenza di realizzazione (*Erfüllungstendenz*) propria di ogni contenuto psichico (*Lewandowsky*). Lo stesso ragionamento vale anche per quei casi di isteria che secondo alcuni autori rappresentano un altro esempio di isteria ideogena, cioè per la cosidetta „ *Wünschhysterie* " (*Binswanger*, *Struempell ecc.*), in cui il puro desiderio sarebbe sufficiente per provocare le reazioni isteriche. Però in realtà il desiderio riunisce in sè non solo l'idea, ma anche l'affetto, donde si spiega facilmente come anche esso dia luogo alle siffatte reazioni psichiche. Infatti secondo la concezione di *Lewandowsky*, il desiderio già contiene lo sdoppiamento della persona, perchè esso è spesso di provenienza dal subcosciente, (qualche cosa di indefinito, indeciso, oscuro, che va spesso contro la volontà), si fa strada e viene alla superficie della coscienza, rimanendo isolato e quindi sdoppiando la coscienza stessa. *Bonhoeffer* ha creato per la teoria del desiderio il nome „ *der Wille zur*

Kranhheit, " mentre *Maier* chiama i fenomeni insorti dal desiderio *catatimici.* Il desiderio, inoltre, ha una importanza nell'insorgere dei fenomeni isterici posttraumatici i quali talvolta assumono delle forme di cosidetta *Sinistrosi* (*Brissaud, Roussy ecc.*), *neurosi da indennità* (*Lewandowsky, Struempell, Morselli*). Non è questo il luogo di indicare i caratteri differenziali tra siffatti casi di simulazione e la vera isteria traumatica; mi è lecito ripetere soltanto che non si può, senza alterare i dati obiettivi dell'isteria, parlare in tutti i casi di neurosi posttraumatiche, di simulazione non solo ma che questa è stranamente rara in forma di simulazione volgare. Ciò viene riconosciuto anche da alcuni sostenitori della teoria del desiderio, quali *Struempell,* che distingue l'isteria dalla simulazione nel senso che nella prima l'individno *non può* attuare le immagini volitive, mentre nella seconda non *vuole* attuare le immagini stesse.

Da quanto sopra si inferisce che nè nei casi di isteria da imitazione nè nei casi di *Winschhysterie* l'idea e la suggestione non agiscono mai separatamente non solo, ma che in genere la loro azione, nel provocare cioè le reazioni isteriche, è subordinata agli affetti sia in forma pura sia in forma di desiderio. Peraltro l'esistenza dei casi di isteria da spavento preceduti da perdita di coscienza di cui sopra, nonchè l'isteria dei bambini parlano, giusta anche le vedute di *Lewandowsky, Mingazzini* ed altri, recisamente contro qualunque teoria del desiderio nel senso ideogeno primordiale. Tanto meno ci appare giustificato l'orientamento attuale di una parte della scuola moderna tedesca la quale persevera nell'isteria del desiderio, di difesa, di scopi ecc. (*Wunsch, Abwehr e Zweckneurose*) nonchè insiste nella psicoanalisi individuale (*Strauer, Kausch, Adler, Wagner, Birnbaum, Ferenczi ecc.*). Sifatto modo di vedere è intimamente collegato con la dottrina di *Freud* sull'isteria alla quale è necessario qui brevemente accennare. *Freud* considera ogni sintoma isterico come un simbolo di un desiderio sessuale abnorme soppresso, ritenuto o respinto (*Verdraengung, Zurückstauung, Repulsion der Sexualaffekte.*) Secondo *Freud* ed i suoi scolari *Breuer, Forel, Iung,* ***Frank,*** nell'isteria si tratterebbe di una suggestione speciale, dovuta all'azione delle immagini affettive, ***Affektbetonte*** *Vorstellungen,* che consiste nel separare un contenuto della coscienza dall'altro (sdoppiamento psichico, *psichische Spaltung,*) sopprimendo nel subcosciente un'affetto penoso il quale non può essere rievocato. L'affetto, soppresso a sua volta, non potendo più essere rievocato (*Winschamnesie der Unlust-*

affekte nel senso di *Freud*) diventa per mezzo di un meccanismo psichico speciale, che egli chiama col nome di conversione, (*Konversionsmechanismus,*) isterogeno e dà luogo a varii sintomi isterici. Il metodo psicoanalitico di *Freud* consiste appunto nel rievocare l'affetto sessuale soppresso, nell'ipnosi oppure in uno stato semiipnotico (*Kathar thisch - analytische Metode im Halbschlaf*),

Contro *Freud*, *Lewandowsky* obbiettò che in qualche caso la soppressione stessa degli affetti non è la càusa dell' isteria ma un sintoma dell' isteria stessa; e che inoltre come spesso risulta dalla psicoanalisi un affetto agisce appunto perchè non può essere dimenticato; ciò che scuote alquanto la sopraesposta dottrina dell'amnesia isterica. La teoria di *Freud* inoltre sia per il fatto che anche essa tende alquanto verso il desiderio sia per il fatto che ammette soltanto l'affetto sessuale quale unica causa dell' isteria fu anch'essa fortemente scossa dall'esperienza bellica. E pare, che lo stesso *Freud* il quale prima classificava i casi di isteria da spavento tra i casi di neurastenia da spavento (*Angstneurose* di *Hecker*) ha modificato in parte la sua dottrina. Per lo meno i suoi scolari (*Ferenczi*, *Birnbaum* ecc.) parlano attualmente anche di isteria da spavento non solo, ma ammettono tra i traumi isterogeni non solo quello sessuale, ma diversi altri traumi psichici (spavento, coraggio, gioia, collera ecc.) Così ad es. per *Ferenczi* (della Scuola di *Freud*) nell' isteria di guerra si tratta di meccanismi di conversione e di fissazione traumatica di' varii affetti e non solo di quello sessuale. L'A. suddetto considera i disturbi varii della motilità (paralisi, mutismo ecc.) quale espressione di carattere fobico in cui l'affetto di paura viene soppresso nel subcosciente, donde agisce nel senso isterogeno, mentre nei casi con carattere ardito la brusca soppressione dell'affetto di coraggio e di fiducia in se stesso determina — sempre per mezzo del meccanismo di conversione — una regressione allo stadio infantile (astasia, abasia, mutismo ecc.). Anche *Monakow*, nella sua recente teoria biologica sull' isteria (e sulle psicosi in genere) di cui poc'anzi parlammo, pur accettando totalmente i varii meccanismi affettivi che formano la base della dottrina di *Freud*, tuttavia considera la reazione isterica stessa come una reazione complicata della «*Hormè*», che per lui rappresenta la «madre di tutti gl' istinti» (e non solo di quello sessuale). Anche a me pare giusta l'opinione dell' illustre neuropatologo il quale in modo così convincente rinnovò e modificò la uniforme veste alla teoria di *Freud*, la quale soltanto così ampliata

e modificata (e con le riserve già fatte per ciò che riguardano il concetto del desiderio) può essere oggi accettata.

D'accordo con quanto abbiamo sopra esposto, noi possiamo affermare con certezza che le reazioni isteriche non si svolgono in primo tempo, come vorrebbero affermare *Babinski, Nonne, Struempell* ecc. in via ideogena. Esclusa questa non ci rimane che ammettere la via *distimica*, quale via principale e primitiva per lo svolgimento delle reazioni isteriche. Qualunque meccanismo psichico affettivo si voglia ammettere bisogna riconoscere, dunque, che l'emozione rappresenta il fattore principale e primordiale dell' isteria, come ciò fu già nel 1909 ammesso da *Dejerine, Raymond, Duprè, Janet, Claude, Binswanger, Oppenheim, Vogt, Freud, Levi Bianchini, De Sanctis*, e recentemente anche da *Gaupp, Tamburini, Mingazzini*, dalla Scuola di *Freud* e dalla maggioranza degli autori che hanno trattato il problema dell' isteria di guerra in tutti i paesi. Infatti tutti questi autori sostengono che le reazioni isteriche si svolgono sempre sotto l'azione diretta dell'emozione (elemento psicogeno primitivo) cui si può associare in secondo tempo l' azione della suggestione (elemento ideogeno secondario) che anzi viene favorita dalla emozione per una successiva elaborazione, ampliamento e lavoro di fissazione, delle reazioni isteriche già avvenute. Però mentre il secondo elemento (ideogeno) può mancare, il primo (psicogeno) non manca mai quando avvengono le reazioni isteriche. E se dunque prima della guerra vi furono numerose e contradditorie discussioni se veramente l'emozione e lo spavento siano capaci di determinare primieramente reazioni isteriche — e ciò per mancanza di osservazioni numerose e controllabili — (Vedi le incerte versioni sui casi di isteria dopo il terremoto di Messina), *l'attuale guerra con i numerosi casi di isteria da emozione ha dimostrato in modo indubbio che l'emozione non solo è capace di provocare le reazioni isteriche ma che essa rappresenta realmente il primum movens delle reazioni isteriche stesse.*

Alcuni autori fra i quali *Struempell, Babinski* ecc. si arrestano a questo punto nella descrizione patogenetica dell' isteria, dicendo che non esiste l' isteria, ma soltanto le reazioni isteriche. E se così fosse il problema patogenetico dell' isteria sarebbe totalmente esaurito nella formula « emozione che provoca una reazione isterica ». Siffatto modo di vedere non corrisponde però alla realtà dei fatti e ciò per due ragioni, giusta anche le vedute di *Lewandowsky, Gaupp, Janet, Dejèrine* ecc., sia perchè come a sufficienza

ha dimostrato l'attuale guerra in molti soggetti l'emozione non crea affatto reazioni isteriche, sia perchè le reazioni isteriche stesse sono molto differenti nella loro intensità e durata. E' evidente quindi che, oltre il momento determinante emozionale ed oltre la reazione isterica caratteristica per spiegare il suddetto comportamento di ambedue i momenti patogenetici, è necessario ammettere un terzo il quale consiste in una *predisposizione isterica*, la quale nella maggioranza dei casi è congenita, costituzionale o ereditaria, in stretto rapporto con età e razza dell'individuo e può anche essere acquisita ed allora dovuta a fattori molteplici e diversi che danneggiano il sistema nervoso in modo transitorio o permanente. (*Levi Bianchini*). Siffatta predisposizione si manifesta sopratutto in forma di alterazione permanente della mentalità e del carattere dell'individuo che secondo *Morel, Tardieu, Huchard, Janet, Duprè, Charpentier*, persiste anche all'infuori delle reazioni isteriche. Anche molti moderni autori sono della stessa opinione (*Bauer J. Gaupp*, ecc.): secondo *Levi Bianchini* ad es. nell'isteria si tratta di un'attitudine congenita dell'intero nevrasse (e forse dell'intero organismo) donde l'A. suddetto considera l'isteria stessa come una *reazione degenerativa per eccellenza del somato-psichismo*. Senza riporre siffatta questione sul tappeto in tutta la sua enorme estensione e riferendomi a quanto ho già esposto in proposito nella parte sintomatologica del presente lavoro mi limiterò ad esporre le note principali e più importanti del carattere suddetto. Lasciando a parte il lato morale del carattere isterico (tendenza all'imbroglio ed alla bugia, doppiezza, egoismo, avarizia, sgarbatezza, crudeltà, instabilità, ecc.) che in base al materiale unilaterale viene esagerata dai psichiatri (e che secondo *Lewandowsky, Brodie, Briquet, Janet, Vogt* e *Gaupp* non è affatto caratteristica per l'isteria) è necessario considerare nel carattere isterico due elementi caratteristici e principali nelle sue alterazioni cioè quello volitivo e quello emotivo. Fra queste l'alterazione più costante del carattere isterico secondo *Janet*, è la volitiva consistente in mancanza di volontà ed indifferenza, cui egli dà il nome di *abulia*. Anche *Lewandowsky* ammette la debolezza dell'azione (*Schwäche der Tatkraft*) quale costante alterazione del carattere isterico. A ciò si aggiunge un altro elemento patologico consistente in una facile suggestibilità (*Charcot, Sommer, Hellpach, Babinsky*) la quale, se esagerata, porta all'infrenabilità (*Kraepelin*) Mentre però *Janet* descrive quale nota più costante e importante nell'isteria *l'abulia* e *Babinski* sostiene

altrettanto per la *suggestibilità*, alcuni autori come *Oppenheim* e *Dejerine* mettono in prima linea l'emotività esagerata dell'isterico, ciò che viene negato dai primi due. *Duprè*, poi, parla addirittura di una costituzione psichica emotiva che forma la base dell'isteria e che egli differenzia dalla costituzione neurastenica e paranoica. Siffatta costituzione emotiva secondo *Duprè* consiste in: *a*) esagerazione dei riflessi *b*) iperestesia sensoriale *c*) disquilibrio tra la reazione motoria e secretoria *d*) tendenza agli spasmi *e*) tremori *f*) intensità e diffusione anormale degli effetti fisici e psichici. Siffatta discrepanza tra gli autori nel giudicare le note caratteristiche dell'isteria è dovuta giusta anche le vedute di *Lewandowsky* al fatto che *Janet* nella descrizione suddetta tiene conto soltanto del carattere isterico durante lo svolgimento delle reazioni isteriche quando appunto l'abulia rappresenta il fenomeno più spiccato; mentre all'infuori della reazione suddetta gli isterici in genere hanno una emotività esagerata non solo ma, come io ho avuto occasione di constatare, il loro carattere è spesso timido, pauroso, incerto, impressionabile ciò che nell'insieme si può definire col nome di *carattere emotivo-fobico*. Anzi secondo l'opinione di *Willner* è necessario separare le reazioni fobiche da quelle isteriche, distinzione che a me dopo quanto ho esposto in precedenza pare superflua. Anche la mentalità degli isterici è il più delle volte debole (*Ziehen*); sopratutto spicca una mancanza di critica e di giudizio (*Lewandowsky*), il che fa parte del *puerilismo* (*Duprè*) o dell'*infantilismo mentale* (*Meige*) che spesso notasi negl'isterici. Secondo *Charpentier*, infine, il più grave disturbo della personalità isterica concernerebbe la memoria [la personalità è un fenomeno della memoria (*Richet*)], donde puerilismo mentale confusionale (*Courbon*), da cui nasce l'amnesia confusionale con automatismo onirico.

Soltanto dunque in base al carattere isterico giusta anche le moderne vedute di *Wollenborg*, *Mingazzini*, *Levi Bianchini*, *Tamburini*, *Tanzi* e *Lugaro* ecc. con o senza fondo degenerativo e note psicopatiche possiamo parlare dell'isteria e non solo di reazioni isteriche.

Da ciò si inferisce che nè l'emozione nè le reazioni isteriche non creano mai l'isteria e se talvolta l'emozione provoca la comparsa di una manifesta e permanente alterazione isterica dell'individuo, ciò vuol dire che l'alterazione stessa rimane fino al momento del trauma psichico, latente. La predisposizione all'isteria in forma di alterazioni del carattere di cui sopra può essere non solo con-

genita o costituzionale (manifesta o latente), ma anche acquisita (*Levi Bianchini*). Infatti l'attuale guerra ha dimostrato l'esistenza dei casi di isteria privi di qualsiasi nota isterica, nè emotivo - fobica, anzi con carattere che in nulla differiva dal normale (*Hoche*) oppure con carattere ardito (io stesso), in cui le manifestazioni isteriche erano sopraggiunte soltanto dopo ripetuti traumi, fatto che non si può spiegare con una predisposizione latente la quale si rivela in genere alla prima occasione. In questi casi quindi è necessario ammettere che la predisposizione suddetta fu acquisita e giusta anche le vedute di *Gaupp, Tamburini, Tonnini* e *Ferrari* e molti altri ciò avviene per causa di gravi fatiche, strapazzi e surmenage al fronte, insonnia, tensione d'animo continua, emozioni molteplici nonchè in seguito all'abuso di veleni (alcool, tabacco, caffè ecc.) malattie infettive, disordini disendocrini delle età critiche (*Levi Bianchini*) ecc. Quindi a questo punto è necessario porre il quesito: se tra tutte queste cause dell' isteria interne (carattere isterico) ed esterne (traumi psichici) ve ne sia una indispensabile affinchè si svolga la reazione isterica. Esiste cioè una causa unica paragonabile, per citare l'espressione di *Lewandowsky*, al bacillo di Koch nella tubercolosi ?

L'esperienza quotidiana e sopratutto quella bellica insegna che siffatto agente esclusivo e specifico non esiste e ciò contrariamente all'opinione di *Sollier* e *Chartier*, *Sarbò* ed altri i quali recentemente sostennero che il sordomutismo isterico si sviluppa soltanto in seguito a commozione cerebrale, ammettendo così un' isteria dovuta direttamente a cause fisiche (perturbazione molecolare dell'equilibrio colloidale delle cellule nervose, *Sollier*). L' inesattezza di siffatta opinione non è in accordo con i fatti osservati da me stesso e da altri autori i quali hanno constatato numerosi casi di sordomutismo non preceduti da commozione cerebrale (sordomutismo da emozione semplice, siluramenti, fulmini ecc. Osserv. 26., 48., 65., ecc.). Lo stesso dicasi dell' ipotesi emessa da *Kretschmer* secondo la quale i disturbi funzionali della parola sarebbro dovuti alla inibizione da gas velenosi i quali secondo l'A. suddetto hanno un'affinità elettiva per queste parti del sistema nervoso. Sta di fatto, inoltre, che numerosi soldati i quali per degli anni hanno sopportato eroicamente le fatiche di guerra ed ebbero a soffrire traumi forti e ripetuti non hanno avuto nessuna manifestazione isterica, anche quando il loro carattere non fu privo di note emotive, fobiche e di tutte quelle che nell' insieme formano il carattere isterico.

Non sappiamo, quindi, ed è bene a dirlo, quando e perchè alcuni individui reagiscano con delle manifestazioni isteriche ed altri no; e quale sia l'elemento indispensabile perchè avvengano siffatte manifestazioni. Ciò vale sopratutto ed è bene a ripeterlo, giusta anche le vedute di *Lewandowsky*, per quelle allerazioni del carattere che poc'anzi abbiamo descritte col nome di isteriche, le quali per quanto manifeste e spiccate non sempre danno luogo alle reazioni isteriche, donde la necessità di considerarle quale elemento predisponente all' isteria e non come l' isteria stessa. E' vero che nella maggioranza dei casi esiste una proporzione tra lo stimolo esterno e la costituzione interna, però, come abbiamo già detto, talvolta i traumi minimi danno luogo a delle manifestazioni isteriche, mentre quelli gravi non le provocano, viceversa i soggetti degenerati con gravi alterazioni del carattere, come abbiamo testè esposto, talvolta vengono risparmiati, mentre quelli sani e robusti talvolta colpiti. Non bisogna esagerare, quindi, nè il valore della costituzione, nè il valore del trauma psichico, tanto più che resistere a traumi forti non deve essere considerato come un attributo dell'uomo normale, come anche non si può pretendere da un cuore normale che esso sopporti eccessive fatiche sportive o belliche (*Lewandowsky*). Ecco perchè giusta anche le vedute di *Janet*, *Dejerine* ed altri (V. discussione della Società di Neurologia sull'emozione a Parigi nel 1909) l'emozione normalmente non crea l' isteria non solo ma cessa rapidamente sia per la sparizione della situazione imbarazzante, sia per il successivo adattamento del soggetto. L'emozione diventa invece patologica quando la sua durata è esagerata e quando si ripete con troppa frequenza (anche qui vale la legge di valanga di *Pflueger*). Infatti secondo la teoria di *P. Janet* (dinamica ed energetica) che è quella che [accanto alla teoria di *Langley* (simpatica)] ha le maggiori probabilità di essere veritiera (di fronte alle varie teorie più antiche come la sentimentale di *Dugal - Stewart*, intellettuale di *Herbart*, viscerale di *Descartes*, e di *Lange - James - Sergi*, istintiva di *Stanley*), nell'emozione si tratterebbe di un esaurimento dei fenomeni superiori (volitivi e di adattamento) con abbassamento del livello mentale, donde prevalenza dei fenomeni inferiori o di automatismo (fenomeni di agitazione quali collera, rabbia, paura ecc.). Siffatto esaurimento delle funzioni superiori si manifesta con un'agitazione quando è lieve; con paralisi (inibizioni) quando è grave. Queste ultime in fondo sono appunto delle reazioni isteriche fugaci che vanno e vengono senza raggiungere mai

il grado di una vera isteria e che rappresentano le forme di passaggio verso il normale. Ecco perchè a me pare giusta l'osservazione di *Dejerine* che così si esprime in proposito: « Ciò che l'emozione può dare in modo passeggiero, l' isteria può dare in modo duraturo ». Siffatto modo di vedere viene ancora maggiormente confermato dal fatto che esistono nella letteratura numerosi esempi di reazioni isteriche nei soggetti normali quando questi appunto si trovano in determinate condizioni che richiedono sforzi eccessivi del loro sistema nervoso. Uno dei casi rimasti più celebri nella letteratura e recentemente ricordato da *Rothmann* si riferisce all' illustre fisiologo di Berlino *Munk*, il quale durante la guerra del 70 in seguito a strapazzi corporei e tensione d'animo fu colpito da mutismo isterico senza mai aver presentato nè prima nè dopo (durante tutta la vita) alcuna manifestazione isterica. Da ciò si inferisce che altra cosa è reagire istericamente ed altra essere isterici, giusta anche le vedute di *Forster*, *Nægeli* ecc. i quali affermano che la reazione isterica per sè stessa non è patologica, contrariamente a quanto sostiene *Gaupp*, ma essa diventa tale soltanto quando trova il terreno predisposto e se favorita dal mondo esterno.

Tutto ciò dimostra che l'isteria non ha un decorso unico e tipico ma differente e polimorfo, donde la necessità di distinguere in varie categorie le più frequenti forme cliniche dell'isteria e ciò specialmente rispetto alla loro gravità. (*Lewandowsky*, *Wollenberg*, *Willner* ecc.) Senza enumerare qui con tutti i particolari le numerose e varie forme e sottoforme dell'isteria non accettate da tutti gli autori (recentemente moltiplicate ancora da *Kohnstamm*) mi limiterò ad esporre le principali, le quali sono:

a) le forme gravi che durano tutta la vita, con evidenti note psicopatiche e degenerative, in cui i sintomi isterici hanno una durata lunga; le recidive sono frequenti e la guarigione si riferisce soltanto ai sintomi, ma non all'isteria stessa;

b) le forme di media gravità o guaribili [hystériques d'occasion, (Charcot) Entwicklungshysterie (Kraepelin], isterie delle età critiche di sviluppo (*Levi Bianchini*); forme che possono rimanere latenti e si verificano soltanto sotto l'azione delle crisi di accrescimento biologico o di traumi psichici e fisici, ai quali ultimi appartengono la maggioranza dei casi dell'isteria bellica. Secondo *Levi Bianchini* qui appartengono, come si è accennato, i casi dell'isteria nell'epoca di sviluppo, determinati invece secondo *Krae-*

pelin da mancanza di maturità e di volontà. A me pare però più giusta l'opinione di *Lewandowsky* il quale in siffatti casi concede più valore ai traumi stessi (compresi quelli sessuali), che allo stato di infantilismo psichico nel senso di *Kraepelin*, perchè come anch'io ho potuto constatare anche negli individui dell'età avanzata (Osserv. 46) si osservano questi casi di isteria d'occasione guaribili.

c) le forme lievi, dove sono possibili tutte le forme di passaggio verso il normale. Le forme suddette si verificano sempre in seguito all'emozione e sono di brevissima durata (prevalgono le forme monosintomatiche). Talvolta si tratta di reazioni isteriche isolate senza segni di isteria pregressa; in siffatti casi i limiti sono veramente indistinti sia verso il normale, sia verso la simulazione, e la loro diagnosi richiede una fine disamina. Qui vale sopratutto la giusta frase di *Dejerine* citata poc'anzi: « tutto ciò che l'emozione può creare accidentalmente, l'isteria può creare permanentemente ».

∴

Con ciò non abbiamo esaurito del tutto l'argomento che forma oggetto del presente capitolo, essendo necessario alla discussione patogenetica generale aggiungere qualche parola intorno al meccanismo patogenetico in particolare per quanto esso si riferisce a disturbi funzionali della parola. Infatti il meccanismo patogenetico di siffatti disturbi forma da lungo tempo oggetto di numerose discussioni. Noi abbiamo già accennato ai varii momenti predisponenti al mutismo isterico sia in forme di ferite della lingua, del laringe, del capo ecc. intorno alle quali si plasmano i disturbi suddetti, sia in forma di disturbi del linguaggio pregressi (balbuzie dello sviluppo), di antecedenti ereditarii diretti o collaterali (balbuzie dei genitori, sorelle ecc.) o di varie impressioni pregresse (esser stato in compagnia dei muti per molto tempo, Osserv. 61) con tendenza all'imitazione (casi di mutismo collettivo: v. anche Osserv. 38). Siffatti momenti eziologici per *Nonne*, *Grasset* ecc. avrebbero un'importanza speciale, per cui in questi casi si svolgono certe determinate forme delle reazioni isteriche, fatto che fu già prima rilevato in parte da *Dejèrine* il quale afferma che una volta manifestatasi l'emozione in una data maniera, essa cerca di manifestarsi un'altra volta nella stessa maniera. Ciò in linea generale è vero; tuttavia non bisogna esagerare il valore di tutti i momenti predisponenti sopraesposti perchè esistono sicuramente dei

casi (anche molti tra quelli da me riportati) in cui mancano del tutto momenti predisponenti siffatti. D'accordo con ciò *Oppenheim* con ragione sosteneva che la favella rappresenta in genere, cioè indipendentemente da qualsiasi momento predisponente speciale pregresso un *locus minoris resistentiae* e *Bittorf* ne vide la conferma nell'espressione proverbiale di «*perdere la parola per lo spavento*». (fatto conosciuto già nei tempi antichi V. storia). Siffatta evenienza proverbiale fu anche recentemente confermata dall'esperienze di *Muck* (V. sopra), nonchè coi metodi psicoanalitici di *Freud*, coi quali si è potuto dimostrare l'importanza dell'emozione e dello spavento sia per il meccanismo della parola, sia per la rievocazione delle immagini verbo articolari sia per l'atto stesso di parlare (*L. Franck*).

Per ciò che riguarda il mutismo, inoltre, molti autori antichi e recenti (specie quelli già ricordati che sostengono l'origine puramente commotiva di siffatto disturbo) non soddisfatti dalle concezioni patogenetiche generali testè esposte hanno voluto essere più audaci e cercare una localizzazione del disturbo suddetto all'infuori della "psiche" e precisamente nei vari focolai cerebrali destinati al linguaggio. Il fatto di aver voluto dare una localizzazione anatomica a focolaio al mutismo isterico deriva dalla circostanza che questo non fu mai bene definito da nessun autore come entità sintomatologica, *Charchot* e poi *Bastian* hanno considerato siffatto disturbo come afasia + afonia, donde parve giusto a loro di poter localizzare la sindrome suddetta nella sede anatomica che dà luogo ad afasia motoria vera (di Broca) con delle lesioni un po' più vaste che comprendono anche la zona cortico-motoria dei muscoli del laringe. Ora l'analisi clinica da me compiuta (v. sintomatologia) ha dimostrato due ordini di fatti che hanno un'importanza capitale per la questione in parola: a) la sintomatologia costante del mutismo costituita dai 3 elementi: *dispneumia, afonia ed anartria;* b) l'integrità del patrimonio delle immagini verboarticolari nei muti dimostrata dalla conservazione della scrittura e dalla prova positiva di *Lichtheim*. Di fronte a questi dati clinici sicuri male si sostengono le teorie anatomiche, sia quella di *Charchot* che quella di *Bastian* (lesioni uni-e bilaterali dell'area di Broca), nonchè tutte quelle teorie che confondono l'afasia di Broca con il mutismo isterico (*Saupiquet, Hirschfeld, Jolly ecc*).

Si potrebbe pensare che la lesione (dinamica) nel mutismo

sterico risieda invece nel *subcortex cerebri* e che il quadro offertoci da questo sia identico a quello dell'afasia motoria pura sottocorticale. La presenza di dispneumia e di afonia fa escludere l'ipotesi di una lesione unilaterale. Ma anche una lesione bilaterale non si può sostenere e ciò per le seguenti ragioni; primo perchè ammettere una lesione sia pure dinamica che colpisce simmetricamente d'ambo i lati le fibre destinate soltanto all'emissione delle parole appare poco verosimile; secondo perchè nelle lesioni sopra e prelenticolari che danno luogo alla sindrome di afasia motoria pura (*Mingazzini*) e che pur equivalgono ad una lesione bilaterale sottocorticale delle fibre destinate all'emissione delle immagini verbo articolari, non si osserva niun'afonia completa nè tanto meno una grave dispneumia; infine perchè mentre nell'afasia motoria pura subcorticale il paziente fa dei conati per emettere qualche parola (cioè è manifesta la presenza dell'impulso corticale) nel mutismo isterico siffatto impulso manca del tutto. Così sebbene l'afasico motorio puro organico ed il muto isterico hanno tutti due l'immagine verbo articolare (conservazione della scrittura e prova positiva di *Lichtheim*), però essi non riescono a trasformarla in parole per ragioni differenti; l'afasico organico per il fatto che l'impulso di trasformare le immagini verbo articolari trova la via anatomica sbarrata; il muto isterico al contrario perchè gli manca l'impulso stesso dell'atto di parlare pur essendo la via anatomica sottocorticale integra (ciò che viene dimostrato dal fatto che i muti isterici talvolta parlano nel sonno; *Muck*, io stesso, osserv. 15).

Da quanto abbiamo esposto risulta chiaramente che il mutismo isterico nulla ha che fare con i disturbi della parola appartenenti al gruppo delle afasie motorie e che esso invece indubbiamente appartiene al gruppo dei disturbi anartrici, afonici e dispneumici, cioè quelli che si riferiscono all'apparecchio periferico della parola; esso confina invece con quelli dell'afonia, delle balbuzie, e di altre disartrie isteriche coi quali è intimamente collegato, poichè la grave dispneumia ha una importanza primordiale per la produzione di tutti tre disturbi stessi, come lo dimostrano i frequenti casi di esiti di mutismo in forma dei due disturbi suddetti nonchè i casi in cui si osservano alternative di mutismo, balbuzie ed afonia a secondo che la dissociazione o sejunzione dei complessi d' innervazione destinati all'emissione della parola è più o meno completa (osserv. 9, 17, 23, 25, 29, 34, 37, 50, 87, 103 ecc). E poichè

la sede anatomica del mutismo isterico non può essere nè sottocorticate, nè corticale a focolaio, non rimane che ammettere una sede corticale diffusa, extrafocale, " psichica ".

In complesso, dunque, nel mutismo isterico trattasi di un disturbo corticale, che consiste in una mancanza dell'impulso psichico destinato a mettere in azione tutto quanto l'apparecchio periferico dell'emissione delle parole, (respiro, fonazione ed articolazione). Si tratterebbe cioè di mancanza di quell'impulso che è dovuto, secondo *Monakow*, a tutta quanta la corticalità cerebrale o almeno a quella parte degli emisferi (lobi prefrontali) che secondo la concezione di *Hartmann* (a proposito delle aprassie) sono destinati agli impulsi volontarii e senza i quali impulsi non può aver luogo qualsiasi funzione motoria anche quando i relativi foci sono integri. Quest'ultima ipotesi (cioè di una aprassia circoscritta) viene dimostrata inoltre 1.° dal fatto che i muti isterici nei tentativi di parlare si servono spesso di impulsi destinati ad altre funzioni (fenomeno descritto col nome di deviazione degli impulsi (*Oppenheim*): denominazione impropria trattandosi piuttosto di sostituzione degli impulsi) 2.° che essi per riacquistare la parola hanno bisogno spesso di un lungo periodo della rieducazione dei movimenti destinati all'emissione delle parole.

Anche quando il mutismo isterico è accompagnato da altri sintomi incostanti come emiplegia destra (senza partecipazione del facciale) oppure soltanto a paresi del VII. inferiore bilaterale o soltanto a destra, ciò non indica affatto una lesione (dinamica) a focolaio; perchè come io ho potuto osservare, qualche volta esiste mutismo con emiplegia sinistra, oppure mutismo con monoplegia crurale, d'altra parte nel mutismo con emiplegia destra mancano disturbi del VII. inferiore, ed anche nel mutismo isterico con paresi del VII. inferiore di destra manca il segno del pellicciaio (caratteristico delle lesioni organiche). Lo stesso dicasi di quei casi in cui il mutismo isterico si associa ad alexia e agrafia (anch'essi dovuti alla mancanza dell'impulso psichico nel senso di aprassia circoscritta) con caratteri bizzarri, incostanti che non ricordano affatto siffatti disturbi organici (v. pseudo afasia isterica). Per ciò che riguarda il meccanismo patogenetico quindi (sia che si parli di sejunczione (*Wernicke*) psichoschisi, neuroschisi (*Levi Bianchini*) diaschisi, (*Monakow*) dèsordre o dissociaziane), è necessario sempre tener presente che si tratta più di sequestri di catene di innervazione rannodate nel senso fisiologico e psicologico, che ana-

tomico. Così si spiega perchè la repulsione di complessi di innervazione destinati all'emissione della parola portano con sè in via associativa il distacco di altri complessi di innervazione affini, giusta anche le vedute di *Freud* secondo le quali ogni affetto oltre al potere dissociativo ha anche uno associativo (fissazione di contenuti psichici e di associazione con altri detti). Queste associazioni peraltro si riferiscono alle funzioni primitive (arcaiche) come ad es. non parlare e non udire, non parlare e non gridare, parlare male o senza voce ecc. contrariamente a quanto sostiene *Muck*, il quale afferma che l'isteria (che egli chiama " ontogenic hysterie ") colpisce le funzioni più recenti ontogenetiche. (Si pensi anche alla rarità dei disturbi della lettura e della scrittura ed alla frequenza di afonia completa e di astasia ed abasia !)

Bene inteso che le sejunzioni suddette sono in primo tempo subcoscienti (psicogene) e vanno poi soggette ad un'eccessiva elaborazione e ad un lavoro di fissazione. Soltanto così si spiega il primitivo distacco o neuroschisi di complessi di innervazione somatici come l'emiplegia destra e la paresi del VII inferiore di destra, riconoscendo anche che il distacco suddetto avviene verosimilmente per mezzo del meccanismo di conversione (*Freud*) e di dissociazione degli affetti stessi, (*Spaltung der Affekte*) donde un segno somatico può sostituire l'affetto stesso (*Hecker*). Questi due ultimi sintomi riscontrati più volte nel mutismo isterico dimostrano chiaramente che siffatta sejunzione di complessi di innervazione, per lo meno nel mutismo suddetto, è talvolta più vasta e che il " désordre " (o la diaschisi) è maggiore nell'emisfero cerebrale di sinistra, il quale appunto ha una prevalente dignità funzionale per la parola.

Nulla infine abbiamo da aggiungere a quanto abbiamo testè esposto per ciò che riguarda la patogenesi di quei casi che abbiamo classificato tra i casi di pseudoafasia isterica (v. sintomatologia), in cui il mutismo si associa ad alexia e ad agrafia, che poc'anzi abbiamo considerato analogamente al mutismo stesso, come aprassie circoscritte. Anche qui, dunque, mai si debbono ammettere lesioni isteriche a focolaio, sia per le ragioni già esposte per il mutismo isterico, sia perchè i disturbi suddetti anche se incompleti mai riproducono esattamente i disturbi paragrafici e parafasici caratteristici delle lesioni organiche e consistono invece in disturbi bizzarri, variabili ed incostanti dovuti piuttosto ad un disturbo di attenzione e della memoria (*Sollier*) e mai a lesioni a focolaio. (Confr. anche il capitolo diagnosi differenziale). Lo stesso dicasi di quel gruppo di casi di pseu-

do afasie motorie isteriche che *Marinesco* chiama col nome di "afasie paradossali", caratterizzate piuttosto da disturbi psichici corticali diffusi (associativi, attentivi e mnemonici) in forma di associazioni strane come disartrie, amnesia verborum, disturbi di intonazione, agrammatismo, e mai da sintomi di afasie organiche vere a focolaio.

Un meccanismo patogenetico uguale, *mutatis mutandis*, a quello già esposto per il mutismo isterico, deve ammettersi anche per la sordità isterica in quando essa fa parte del sordomutismo, anche quando ci si presenta isolata. Secondo i vari autori (*Kehrer*, *Grasset*, *Lermoyer*, *Sollier*, *Chartier* ecc.), qui ancora maggiore importanza hanno le lesioni articolari organiche pregresse (sia antiche che recenti da scoppio) che rappresentano il modello su cui si plasma l'isteria sotto l'influenza del trauma emozionale : ciò spiegherebbe anche la ragione della grande freqnenza con cui si presentano nella guerra moderna i casi di sordomutismo contrariamente a quanto avviene nella pratica civile (*Roussy*). Però anche qui è bene non esagerare il valore predisponente dello scoppio perchè alcuni autori tra cui *Kehrer* hanno constatato che la sordità isterica è più frequente in seguito a cerume che non in seguito allo scoppio od al surménage dell'udito. Io stesso ho osservato casi di sordità isterica da cerume (osserv. 46, 48 e 49). La sordità isterica sempre secondo *Kehrer*, porta sempre i caratteri di una sordità centrale che può essere dovuta: *a*) alla soppressione della funzione uditiva centrale (affektive Absperrungstaübheit) *b*) all' ipoeccitabilità uditiva di origine appercettiva (*apperzeptire Untererregbarkeitsschwerhörigkeit*). Anche *Boeström* sostiene che si tratta di un disturbo funzionale di percezione. Che effettivamente non si tratti, nei casi di sordità isterica, nè di lesioni periferiche acustiche nè di lesioni centrali a focolaio viene dimostrato dagli esperimenti eseguiti da *Bart* e confermati da *Muck*. Così i suddetti autori hanno potuto constatare, nei casi di sordità isterica totale, che facendo cantare questi sordi essi seguono tutte le modificazioni di tonalità e del ritmo che esegue chi li accompagna al piano. *Muck*, inoltre, ha potuto dimostrare che la facilità con cui siffatti sordi leggono sulle labbra dell' interlocutore è in molti casi dovuta all'audizione subcosciente, inquantochè chiudendo i condotti uditivi il fenomeno suddetto non ha più lungo (v. anche osserv. 47 ecc.). Lo stesso autore, infine, ha notato che molti sordi isterici sentono con gli occhi bendati od in camera oscura (casi in cui fu esclusa sicuramente la simulazione); io stesso ho notato che talvolta è sufficiente un energico richiamo dei pazienti affinchè riescano a percepire

le parole (osserv. 46 e 50). Siffatta variabilità dei sintomi, nonchè la conservazione dell'audizone subcosciente compresa la conservazione dei riflessi cocleo - palpebrali e quelli delle corde vocali dimostra chiaramente l'origine psichica e centrale della sordità isterica istessa. Nè si può sostenere di fronte ai dati obbiettivi costanti che nei casi di cosidetta sordità verbale isterica si tratti di un disturbo centrale che abbia sede ad esempio nell' area di *Wernicke;* sia per il fatto che il disturbo suddetto è spesso unilaterale, sia per la quasi costante mancanza di disgrafia e dislexia. La unilateralità del disturbo nei casi di cosiddetta sordità verbale isterica pura (caso di *Calligaris*) toglie ogni fondamento all' ipotesi che siffatto disturbo sia anche esso dovuta ad una lesione centrale a focolaio, tanto meno quanto si pensi che secondo la dottrina di *Lichtcheim* il centro uditivo verbale corticale sarebbe localizzato soltanto nell'emisfero di sinistra, donde la sordità verbale pura organica è sempre bilaterale. Anche questo disturbo funzionale, quindi, analogamente al precedente deve essere giudicato estrafocale, più profondo, cioè " psichico ".

Per ciò che riguarda il meccanismo patogenetico delle balbuzie funzionali anche esse dalla maggioranza degli autori moderni veugono giudicate di origine psicogena, ciò vale tanto per le balbuzie isteriche quanto per quelle originarie, che *Lewandowsky* chiama col nome di „ isterofile " e *L. Frank* considera come appartenenti alla neurosi da spavento. Noi abbiamo già veduto che le balbuzie isteriche e quelle originarie clinicamente rappresentano disturbi quasi identici per lo meno per quanto si riferisce a sintomi caratteristici e primordiali; è logico quindi ad ammettere che ambedue i disturbi abbiamo un meccanismo patogenetico unico. Trattandosi inoltre in ambedue i casi, sia cioè nelle balbuzie isteriche come in quelle originarie, di disturbi funzionali della parola ed essendo tutti due disturbi il più delle volte consecutivi a traumi psichici, non vi è ragione alcuna di ammettere per i due disturbi una patogenesi diversa. È vero che per il passato la dottrina di *Kussmaùl — Gutzmann* considerava le balbuzie come una „ neurosi spastica di coordinazione dovuta a debolezza congenita dell'apparecchio di coordinazione sillabare " (*Spastische koordinationsneurose des Silbernkoordinationsapparates*), però i recenti studii di siffatto disturbo disartrico condotti magistralmente da varii autori quali *Hoepfner*, *Aronsohn*, *Laubi*, *L. Frank*, *Heckel* e sopratutto da *Fröschel* hanno dimostrato che la dottrina di *Kussmaul — Gutzmann* non resiste ai dati clinici obiettivi. Così, giusta

la esauriente disamina della questione di *Fröschel* non si può ammettere che nelle balbuzie trattisi di una neurosi spastica, perchè lo spasmo clonico dei balbuzienti non ha i caratteri di un vero spasmo che rappresenta un movimento indipendente del tutto dalla volontà e si verifica anche contro la volontà del soggetto (*Struempell*); mentre i balbuzienti riescono spesso a dominare completamente con la volontà siffatto disturbo o per lo meno sotto l' influenza della volontà di celare in parte alcuni movimenti spastici (soppressione volontaria di alcune embolofrasie che si osservano nei balbuzienti). Anche i varii movimenti associati (*Mitbewegungen*) che il più delle volte vengono rappresentati da movimenti spastici a carico degli organi periferici del linguaggio, sono di natura prettamente volontaria, inquantocchè essi pure possono venire soppressi e come io ho potuto spesso notare sono più accentuati a destra che a sinistra. Inoltre il fatto che siffatti movimenti spastici si verificano soltanto nell'atto del parlare (atto volontario) e mai spontaneamente, contrariamente a quanto avviene nei veri spasmi, a me sembra deporre recisamente contro il concetto di *Kussmaul* che si possa trattare di neurosi spastica. *Fröschel* combatte non solo siffatto concetto di *Kussmaul*, ma anche quello che cioè nelle balbuzie si ha che fare con una incoordinazione e debolezza congenita dell'apparecchio di coordinazione sillabare. Contro la debolezza congenita (con sostratto organico), sempre secondo *Fröschel*, parla il fatto che le balbuzie talvolta si manifestano nell'età adolescente, che i loro sintomi sono variabili (talvolta i balbuzienti parlano bene quando sono soli) e spesso guaribili. Nè si tratta di un disturbo funzionale che colpisce esclusivamente l'apparecchio sillabare, perchè vi partecipano solamente anche le consonanti e le vocali. In quanto poi al concetto della incoordinazione anche questo viene negato da *Fröschel*, quale unico caratteristico delle balbuzie, perchè pur ammettendo che esistono disturbi di coordinazione dei varii movimenti destinati all'emississione delle parole, tali movimenti possono essere disturbati nella loro funzione anche isolatamente, come si deduce dai disturbi respiratorii che persistono anche al di fuori dell'atto di parlare, e che sono rilevabili con la prova di espirazione chiara o bisbigliata (abbreviazione della durata dell'espirazione rilevata anche dallo stesso *Gutzmann*). Difronte a siffatte obiezioni la teoria di *Kussmaul* fu abbandonata da quasi tutti gli autori, oggi concordi nel giudicare trattarsi, nella balbuzie, di un disturbo funzionale dovuto esclusivamente a traumi psichici (alle emozioni e

sopratutto allo spavento), di cui le balbuzie traumatiche danno il migliore esempio. Già *Chervin, Meige, P. Marie* e poi *Aronsohn, L. Frank* hanno rilevato che nella grande maggioranza dei casi si tratta di *fobie* che possono essere generali o specializzate e che derivano dalla paura di parlare oppure di pronunziare anche qualche parola e sillaba in presenza degli estranei.

É opportuno ricordare qui che le balbuzie appaiono generalmente verso la fine della prima infanzia, cioè all'epoca dello sviluppo, quando al bambino manca la sicurezza della parola e quando frequenti sono ancora tutti quei disturbi nella formazione della parola che *Meige* propone di chiamare col nome di infantilismo motorio (movimenti degli organi destinati all'emissione della parola eccessivi e disordinati). Ora, giusta anche le vedute di *Hoepfner* siffatti movimenti erronei, eccessivi e disordinati subcoscienti (che in genere al successivo sviluppo dei poteri inibitorii corticali scompaiono rapidamente) talvolta diventano coscienti, sopratutto per i richiami dei parenti stessi (*A Liebmann*) provocando nel bambino delle riflessioni, cui fanno seguito le varie fobie sopraesposte. Ne deriva quindi che il soggetto conscio di parlare male (o pronunziare male qualche parola o sillaba) cerca di frenare, dominare o correggere, per quanto possibile, il movimento verboarticolare stesso, mentre a sua volta l'intercorrenza di queste immagini dei movimenti verboarticolari durante lo svolgersi dei movimenti suddetti (automatici) disturba ancora maggiormente l'atto di parlare (o l'emissione delle parole difficili). In complesso, dunque, secondo *Hoepfner* si tratta di un disturbo associativo dovuto all'idea delle difficoltà da superare e consistente nel fatto che il balbuziente controlla continuamente i movimenti di emissione delle parole, le quali perdono per lui il valore simbolico (logico), riducendosi a delle immagini verboarticolari puramente motorie. Siffatto disturbo associativo che *Hoepfner* chiama col nome di afasia associativa ed a me sembra più giusto chiamarlo disartria associativa — (dovuto in ultima analisi ad una disprassia analogamente quanto abbiamo esposto per il mutismo) dà appunto luogo ai movimenti erronei ed incoordinati od atassici (tonici e clonici), dovuti alla sostituzione degli impulsi per disprassia i quali in secondo tempo diventano abituali. È superfluo qui insistere sul fatto che siffatto disturbo associativo, e quindi ideogeno, nel senso di *Hoepfner*, è sempre, giusta le vedute già da me più volte espresse, da considerarsi secondario a disturbi psicogeni (spavento, emozioni, v. anche sopra),

che anche qui come già nel mutismo isterico rappresentano il *primum movens* delle balbuzie isteriche. · Noi abbiamo già insistito altrove (v. sintomatologia) che tra i movimenti verboarticolari, quelli maggiormente colpiti nelle balbuzie sono i movimenti respiratorii, che giusta le vedute di *Meige, Fròeschel ecc.* sono i più importanti per il meccanismo patogenetico di siffatto disturbo, il quale prende la sua origine meccanica appunto dal fatto che il soggetto è incapace di espirare lentamente l'aria e cerca di superare la difficoltà suddetta con aiuto di quantità enormi di aria, donde l'abnorme pressione negli organi respiratorii ed i varii difetti dell'attacco iniziale delle vocali, la rapida esplosione delle sillabe e delle parole la ripetizione sillabare ecc. I casi da me osservati di balbuzie traumatiche dimostrano anch'essi (analogamente quanto abbiamo ripetutamente rilevato a proposito del mutismo isterico v. sintomatologia) l'importanza primordiale dei disturbi respiratorii sia per la produzione delle balbuzie stesse, sia per la produzione di altri disturbi disartrici caratteristici (disartria polisillabica, bradiartria, scandimento, mutilazione ecc.). Il fatto poi che le balbuzie spesso seguono al mutismo isterico conferma maggiormente che la dottrina patogenetica, poco anzi riferita a proposito della origine delle balbuzie abituali nei bambini è applicabile anche per le balbuzie isteriche. Astraendo dal fatto che ambedue i disturbi (mutismo e balbuzie) dimostrano così un'affinità eziologica e rappresentano come abbiamo già insistito altrove gradi di uno stessso disturbo (dovuto originariamente al distacco più o meno completo di complessi di innervazioni affini in seguito ad associazioni affini: non parlare o parlare male), tutto l'ulteriore sviluppo delle balbuzie isteriche ricorda già quello esposto per le balbuzie originarie, tenuto conto anche del fatto che il riacquisto della favella nei muti spesso passa gradualmente ed identicamente per tutte quelle tappe che si osservano nei bambini quando questi imparano a parlare.

Infine, un meccanismo patogenetico identico a quello già descritto per il mutismo e per le balbuzie si deve ammettere per tutti i casi di afonia isterica (contrariamente a quanto afferma *Bilancioni)* sia quando essa è consecutiva al mutismo sia quando si presenta isolata. Anche qui hanno una grande importanza i disturbi organici del laringe pregressi o in atto intorno a cui si plasmano i disturbi funzionali suddetti. Però non bisogna esagerare il valore di quest'ultimi, nè tanto meno si può accettare una classificazione patogenetica dell'afonia isterica in ideogena e psicogena (o timogena) come fu

proposto recentemente da *Muck*. Mi sia lecito ricordare ancora che *Muck* sperimentalmente ha potuto dimostrare in seguito allo spavento lo stabilirsi improvviso di afonia (o mutismo) ciò che sembra maggiormente conferma l'importanza primordiale dell'emozione, già da noi rilevata, nella genesi dei disturbi funzionali in genere, e di quelli della parola in specie. È inutile insistere ancora sulla origine centrale psichica di tutti i casi di afonia isterica, per cui qualunque ipotesi di una paralisi isterica periferica delle corde vocali *(Bilancioni)* deve essere assolutamente scartata. Basterebbe il solo fatto di trovare integri i movimenti delle corde vocali come ciò avviene in molti casi per dimostrare che siffatta ipotesi non è sostenibile. Il fatto poi che spesso in questi casi esiste una paralisi latente degli adduttori delle corde vocali (*verdeckte Adduktorenparese, Muck*) cioè quella paresi che si manifesta soltanto nei tentativi di fonazione, sempre più conferma l'origine centrale e non periferica delle paralisi delle corde vocali e quindi dell'afonia stessa. Noi abbiamo già rilevato altrove l'importanza dei disturbi respiratori per il meccanismo patogenetico dell'afonia isterica (v. anche osserv. 104), giusta l'osservazione diretta di *Muck* nei casi in cui egli provocò l'afonia sperimentalmente. Siffatta dispneumia anch'essa di origine centrale analoga a quella già descritta nel mutismo e balbuzie [anche nell'afonia si notano talvolta movimenti associati (osserv. 8) come nelle balbuzie] è secondo alcuni autori (*Labourle* ecc.) più importante della paralisi delle corde vocali, inquantocchè i pazienti suddetti non aspirano aria in sufficiente quantità per mettere in vibrazione sonora le corde vocali. A me sembra però che ambedue i disturbi insieme presi, cioè la paralisi delle corde vocali e la dispneumia, dovuti a sejunzione psicogena del complesso di innervazione destinato all'emissione della voce (seguito da immagine "di non avere più voce") formano la base patogenetica dell'afonia isterica, la quale anche essa in ultima anslisi rappresenta uua forma di disprassia psichica dovuta alla mancanza dell'impulso destinato alla fonazione.

In complesso, dunque, per ciò che riguarda la patogenesi dei disturbi isterici della parola possiamo concludere:

1) *che i disturbi funzionali suddetti spesso si plasmano intorno ad un nucleo organico preesistente;*

2) *che essi succedono immediatamente ad un'emozione donde risulta la loro origine psicogena primitiva, come lo dimostra anche il fatto che nella maggioranza dei casi bellici dovuti allo scoppio di obice con perdita di coscienza siffatti disturbi si mani-*

festano immediatamente al ritorno della coscienza; a siffatto elemento psicogeno primordiale si aggiunge, in secondo tempo, l'elemento ideogeno secondario consistente in una successiva elaborazione e fissazione del disturbo stesso;

3) *nei casi in cui l'elemento emozionale (psicogeno) apparentemente manca (pitiatismo, isteria da imitazione o mitomania) non si può ammettere una genesi ideogena pura sostenuta da* Babinski *e* Nonne, *perchè ciò non si concilia con le vedute moderne di psicologia secondo le quali l'afletto e l' idea sono inseparabili nel contenuto psichico,* Lewandowsky, Frank L. *ecc.*;

4) *che essi sono sempre di origine centrale psichica e che per siffatti disturbi funzionali non si può sostenere alcuna localizzazione anatomica nè centrale (a focolaio) nè sottocorticale nè periferica neanche nei casi che furono preceduti da commozione cerebrale (sindromi da scoppio di granata) qualora manchino i segni evidenti di una lesione organica*;

5) *che nel mutismo isterico trattasi di un disturbo corticale diffuso (extrafocale) che consiste in una mancanza dell'impulso destinato a mettere in azione tutto quanto l'apparecchio periferico dell'emissione della parola (l'impulso che è dovuto secondo* Monakow *a tutta quanta la corticalità cerebrale); siffatta costante mancanza (completa o parziale) dell'impulso corticale suddetto permette di avanzare l'ipotesi da me espressa, secondo la quale il mutismo isterico debba essere considerato come una forma di aprassia circoscritta;*

6) *che il meccanismo patogenetico del mutismo isterico consiste in una dissociazione o sejunzione (psicoschisi od anche diaschisi) di una funzione psichica per ciò che si riferisce ai sintomi costanti (dispneumia, afonia ed anartria) ed in sejunzione o neuroschisi di complessi di innervazione somatici per ciò che riguarda i fenomeni incostanti (paresi della lingua, del facciale, degli arti ecc.*; Wernicke, Monakow, Levi Bianchini)

7) *che il mutismo, le balbuzie e l'afonia isterica sono sindromi affini, intimamente collegate fra di loro, che rappresentano, come anche si deduce dalla loro sintomatologia costante (che nel mutismo consiste in dispeumia, afonia ed anartria; nelle balbuzie in dispneumia, disfonia e disartria; nell'afonia in dispneumia ed afonia) diversi gradi di uno stesso disturbo funzionale della parola, il quale anche nell'afonia e nelle balbuzie isteriche, analogamente al mutismo, deve essere considerato come una forma di disprassia od aprassia circoscritta.*

PROGNOSI

> «On ne peut prétendre guérir complètement et toujours l'hysterie, qui dans bien des cas constitue plutôt une manière d'être de la pensée, une infirmité du cerveau, qu'une maladie accidentelle».
>
> *Janet* (*l. c.*)

Per ciò che si riferisce al decorso del mutismo isterico abbiamo più volte rilevato che esso può guarire d'emblée oppure passare per un periodo «d'enrouement» (*Grasset*) o di afonia e di «begaiement» o di balbuzie e regredire più o meno lentamente. I casi che guariscono d'emblée per lo meno per ciò che riguarda la mia casistica sono rari, ciò che è dovuto al fatto che il materiale che ho avuto a disposizione negli ospedali di riserva in zona territoriale è formato dai casi di lunga durata (mesi ed anni) in cui le cure furono praticate saltuariamente e quasi mai in primo tempo, mentre secondo l'esperienza degli autori (*Roussy et Lhermitte, Sollier et Chartier*) le guarigioni d'emblée sono più frequenti in prima linea, dietro immediate ed energiche cure psicoterapiche. Il periodo regressivo del mutismo isterico è di durata variabile (giorni, settimane e mesi) e di aspetto clinico quanto mai polimorfo. In genere, ad un primo periodo di afonia, anch'essa di durata quanto mai variabile (Confr. osserv. 1. e 56.) che può talvolta mancare (Osserv. 60. e 102.) oppure essere incompleta (voce bassa come nell'osservazione 43.), segue un secondo periodo di balbuzie per lo più associata a varie forme di disartria quali bradiartria, scandimento, disartria polisillabica, disartrie litterali ecc. (V. Sintomatologia). Questo periodo di *bégaiement* (associato o no ad afonia) può talvolta avere una durata lunga come spesso può anche diventare permanente (quando le balbuzie diventano abituali); talvolta essere breve od intermittente (quando le balbuzie si verificano soltanto nelle emozioni, come ad es. nell'osserv. 19.) ed infine raramente, mancare del tutto (Osserv. 40. ecc.). In quest'ultima evenienza invece delle balbuzie si notano soltanto le varie forme di disartrie (associate o no ad afonia) poc'anzi ricordate, isolatamente o simultaneamente (Osserv. 40., 47., 60., 71. ecc.); alcune delle quali anzi come ad es. la bradiartria e scandimento possono persistere anche a lungo (Osserv. 2.). Un decorso rapido invece

hanno in genere i casi di pseudoafasia motoria isterica descritti da altri autori (*Marinesco* ecc.) sebbene anche qui talvolta la guarigione si effettui lentamente e sistematicamente.

Per ciò che si riferisce alla sordità isterica, quale parte di sordomutismo, anch'essa ha una durata e un decorso molto variabili tuttavia in genere, giusta anche le vedute di *Muck, Sollier e Chartier* ecc., essa scompare completamente prima del mutismo. In alcuni casi però la sordità scompare in parte soltanto, residuando le diverse forme cliniche già descritte di esiti di sordità, tra le quali ricordiamo qui la sordità totale unilaterale con ipoacusia semplice oppure con ipoacusia più sordità verbale dall'altro lato, l'ipoacusia uni - o bilaterale (V. Sintomatologia). Eccezionalmente la sordità isterica può anche persistere lungamente dopo che il mutismo sia scomparso (Osserv. 78.). Da quanto abbiamo esposto si inferisce che la sordità isterica può scomparire rapidamente oppure lentamente ed in quest'ultimo caso è seguita talvolta da ipoacusia per alcuni rumori o suoni e per le parole (dette anche a squarciagola), disturbo che abbiamo chiamato col nome di sordità verbale (o pseudoafasia) isterica. Siffatto disturbo però è in genere anch'esso transitorio e mai tenace, guarendo rapidamente, salvo rare eccezioni (Osserv. 78.). Un decorso analogo alla sordità verbale isterica ha anche l'altra forma di pseudoafasia isterica, cioè la cosidetta sordità verbale pura isterica sebbene la durata di siffatti casi sia in genere molto lunga (Casi di *Calligaris, Raymond* e *Janet*). Anche l'agrafia e l'alexia isterica possono avere un'evoluzione rapida sebbene anche esse richiedano un periodo più o meno lungo di rieducazione (Osserv. 80.).

Per ciò che riguarda l'afonia isterica (secondaria a mutismo o primitiva) essa rappresenta uno dei disturbi più tenaci; rari sono i casi in cui la sua evoluzione è rapida. Lo stesso dicasi delle balbuzie isteriche (primitive e secondarie a mutismo) che spesso hanno un decorso lunghissimo e diventano facilmente abituali o intermittenti (balbuzie transitorie nelle emozioni) e migliorano spesso poco a poco gradualmente prima di guarire completamente.

Abbiamo già rilevato che insieme ai sintomi costanti del mutismo isterico (dispeumia, afonia ed anartria) scompaiono anche i sintomi incostanti quali paresi della lingua, del facciale, delle vocali ecc. Anzi in genere ciò avviene non appena il paziente incomincia a fare i primi tentativi di parlare con voce afona, più di rado invece i sintomi suddetti persistono anche nella fase di afonia

e di balbuzie. Ad ogni modo con la guarigione completa essi scompaiono sempre. Anche le stigmate isteriche si dileguano a guarigione compiuta eccetto i casi di isteria grave nei soggetti psicodegenerati in cui esse possono persistere quale espressione di alterazione costituzionale isterica.

La *prognosi* del mutismo e sordomutismo isterico, nonchè delle varie forme di pseudoafasia (motoria e sensoriale) isterica è fausta a condizione che il paziente venga debitamente curato; essa inoltre è tanto migliore quanto più presto il paziente viene sottoposto alle opportune cure. Infatti in Francia, coll' istituzione dei centri neurologici in zona di guerra (secondo quanto riferiscono *Roussy*, *Sollier e Chantier* ecc.) siffatti disturbi sono scomparsi rapidamente e quasi in tutti i casi (guarigione di circa il 100 °|₀). Viceversa nei Centri neurologici territoriali siffatti disturbi scompaiono meno prontamente, giusta anche quanto riferiscono *Muck*, *Nonne*, *Pflug*, *Roussy*, *Grasset*, *Agostini*, *Ferrari*, *Morselli*, ecc. e non in tutti i casi (mancano finora i dati statistici precisi degli autori surricordati).

La mia statistica basata quasi esclusivamente sui casi di lunga durata è alquanto meno favorevole di quella dei Centri neurologici di prima linea specialmente per ciò che riguarda le guarigioni complete, sebbene anche qui i casi in cui non si è ottenuto alcun miglioramento con la cura, sono stati rari. Difatti nel Neurocomio Militare di Willa Wurts (Roma) si ottennero i seguenti risultati:

Guarigione completa	60 °|₀
Miglioramento (per lo più notevole)	30 °|₀
Nessun miglioramento	10 °|₀

Se nei casi di lunga durata d'accordo anche con le cifre suesposte la prognosi del mutismo isterico è meno favorevole, ciò dipende essenzialmente dal fatto, (giusta anche l'opinione della magranza degli autori), che col passar del tempo il disturbo stesso si fissa nella psiche ed è quindi più difficile ad eliminarsi. Ciò in linea generale è vero, tuttavia non bisogna esagerare il valore di siffatto elemento prognostico, perchè le eccezioni alla regola sono numerose, come dimostrano anche alcuni casi di lunga durata e guariti rapidamente da me osservati (Osserv. 22. 103. ecc.). A me pare quindi che in siffatti casi il valore assoluto per la prognosi si debba attribuire anche al fatto che essi non furono mai avuti

in primo tempo, ma solo tardivamente e spesso saltuariamente. Non solo, ma è necessario tener conto ancora del fatto che i casi di lunga durata e di difficile guarigione sono non solo quelli nei quali la cura viene iniziata tardivamente, ma sopratutto quelli in cui la reazione isterica trova un terreno psico-degenerativo, con carattere e mentalità squisitamente isterica (Osserv. 61., 62., 67., ecc.). Essi appartengono tutti alle cosidette forme gravi dell' isteria nelle quali come abbiamo già esposto (V. Patogenesi) la prognosi è infausta (forme inguaribili) e sempre meno favorevole di quella che riguarda le forme di media gravità e le forme lievi, in cui è ottima (forme guaribili). Un altro criterio che aggrava la prognosi ci viene fornito dai disturbi del linguaggio e dell'udito pregressi o coesistenti, per cui questi organi rappresentano il *locus minoris resistentiae* ed offrono così all' individuo una base reale attorno alla quale egli può con maggiore tenacia plasmare i varii disturbi funzionali. Altrettanto sfavorevole è la prognosi nei casi in cui prevalgono spiccati fenomeni spastici o contratture [(lingua, corde vocali ecc.) (*Engelhardt*)], o grave dispneumia (*Muck*). Anche i casi di recidive del mutismo isterico hanno in genere una prognosi meno favorevole. La tendenza alla recidiva del mutismo isterico e di altri disturbi isterici della parola era già nota a *Charcot*, *Cartaz* ecc. e sono appunto le recidive che rendono la prognosi di siffatti disturbi incerta per ciò che riguarda la guarigione permanente. Non si può dare per ora un giudizio definitivo sulla guarigione permanente nei casi bellici perchè essi sono ancora troppo recenti per poter escludere con sicurezza la possibilità delle recidive. Ad ogni modo si può affermare che esse non sono rare, frequenti nei casi curati con i metodi violenti compreso il metodo di *Muck* (*Behr*) o colla narcosi generale; molto più rare invece nei casi curati coi metodi docili. Infatti dalla mia casistica basata sui casi curati col metodo docile (rieducazione del respiro) le recidive furono notate in 7 °|₀ dei casi soltanto. Siffatto differente comportamento dei casi curati in modo diverso si può spiegare anche col fatto che i casi guariti rapidamente coi metodi violenti vengono presto rinviati al fronte, dove i soggetti trovano subito le medesime condizioni sfavorevoli (emozioni, strapazzi ecc.) che in precedenza in essi hanno determinato i disturbi in parola. Ciò trova la sua spiegazione nella cosidetta legge dell'automatismo psicologico. (*Janet*, *Dèjerine* e *Gauckler*) per cui una volta manifestatasi l'emozione in una data maniera essa tende a manifestarsi anche la seconda volta nella stessa maniera. E' necessario infine

tener conto, nella prognosi del mutismo isterico in genere e per ciò che riguarda le recidive in particolare, del carattere dell'individuo: sia delle note psicodegenerative ed isteriche come si osservano nelle forme gravi dell'isteria di difficile od impossibile guarigione in cui la tendenza alla recidive è spiccata (*Lewandowsky*) sia di quell'insieme dei fenomeni psichici che *Duprè* ha definito come costituzione psichica emotiva (eretismo sensitivo diffuso ed insufficienza dell'inibizione motrice riflessa e volontaria), cui si deve aggiungere un'altra nota psichica da noi quasi costantemente rilevata nei casi bellici cioè quella di carattere fobico (V. Patogenesi). Questi ultimi dati hanno importanza per i provvedimenti medico-legali come vedremo più innanzi.

Non esistono altri criterii prognostici eccetto quelli testè enumerati. Dato il mio modo di concepire la patogenesi del mutismo e del sordomutismo isterico, non mi è possibile di accettare qualunque altro criterio prognostico indicato da *Muck, Sollier e Chartier, Agostini* ecc: i quali autori come abbiamo già esposto, distinguono le forme di mutismo di origine emotiva da quello di origine commotiva ed emo-commotiva. Noi abbiamo già dimostrato (V. Patogenesi) che non esistono criterii di diagnosi differenziale tra i casi in cui il mutismo isterico si svolse in seguito all'emozione pura da quelli in cui l'emozione fu preceduta da commozione; mi è lecito di affermare ancora che siffatti criterii differenziali non si possono nemmeno desumere dal decorso del mutismo stesso, come vorrebbero affermare gli autori suddetti secondo i quali il mutismo da emozione avrebbe una evoluzione rapida mentre «il mutismo da commozione o da emo-commozione» avrebbe un decorso lungo e stentato. Siffatta affermazione viene smentita sia dall'affermazione degli stessi autori francesi i quali hanno constatato che nei Centri neurologici posti in zona di guerra, quasi tutti i casi di mutismo isterico guariscono rapidamente (e quindi sopratutto i casi da scoppio di granata con commozione cerebrale che rappresentano la maggioranza dei casi stessi); sia dalla mia esperienza, dalla quale risulta che spesso i casi di origine emozionale guariscono lentamente e dopo un lungo periodo di «eurouement» e talvolta anche non guariscono affatto (Osserv. 13. ecc.); mentre viceversa i casi con commozione cerebrale pregressa anzi persino con contusione e ferite cerebrali guariscono rapidamente se debitamente curati. Così ad es. nell'osserv. 105. in cui oltre il mutismo isterico esisteva una frattura dell'osso parietale con lesione della Zona Rolandica il

paziente guarì completamente dal mutismo dopo circa 12 giorni di cura, mentre era muto da più di 2 anni (e mai curato in precedenza). Se dunque il « mutismo da commozione » sembrò a qualche autore di più difficile guarigione di quello da semplice emozione, ciò è certamente dovuto nella maggioranza dei casi al fatto che questi cosidetti « grands emotionnès » vengono senz'altro presi per organici (quanti casi di mutismo isterico scambiati per afasie motorie !) per ciò che riguarda tutti i loro disturbi; costretti a fare le infinite tappe dei grandi feriti e (per quanto doloroso a dirlo) ottengono non cure ma abbondanti licenze sopra licenze, basate sul dato organico di « mutismo da commozione », in cui appunto si rinunzia a qualunque tentativo di cura, donde un decorso lungo o indefinito del male. Tanto è vero che coll' istituzione dei Centri Neurogici per malati funzionali in Italia tutti i casi di sordomutismo, compresi quelli di lunga durata, sono andati rapidamente guarendo e migliorando come lo dimostra il grande numero di guarigioni e miglioramenti nei casi da me riportati, quasi tutti datanti da lungo tempo e nella maggioranza dovuti a scoppio di granata con pregressa commozione cerebrale.

I criteri prognostici poc'anzi esposti si riferiscono pure ai casi di afonia isterica che anch'essi sono tutti suscettibili di guarigione, sebbene la prognosi in siffatti casi, specialmente per ciò che riguarda una rapida guarigione sia meno favorevole di quella del mutismo o sordomutismo. Tuttavia *Muck* sostiene che col suo metodo terapeutico (cosidetto « *Kugel - Verfahren* ») che spiegheremo nel capitolo successivo, guariscono rapidamente quasi tutti i casi di afonia funzionale di guerra. Anche *Marx* riferisce di guarigione di 95 °/₀ dei casi di afonia isterica, e *Nadoleczny* riferisce di 50 °/₀ casi di guarigione e 27 °/₀ di miglioramenti, accenna però a frequenti recidive. Laringologi italiani, quali ad es. *Rossi - Marcelli*, *Ritis*, *Bilancioni*, *Putelli* anch'essi riferiscono di guarigioni rapide coll'applicazione di narcosi eterea, sebbene non in tutti i casi. Ad ogni modo il fatto che le afonie isteriche non guariscono col metodo della narcosi generale — attualmente in voga negli ambienti laringologici — non depone affatto, come abbiamo già esposto, per la loro origine diversa non isterica, ma emo - commotiva organica (endocrino - simpatica) contrariamente a quanto vorrebbe sostenere *Bilàncioni*, perchè siffatti casi anche se refrattarii alla eteronarcosi e dopo lunga durata guariscono semplicemente coll'abituale psicoterapia (Osserv. 28., 47., 56., 68.).

Per ciò che si riferisce alle balbuzie isteriche, la loro prognosi è meno favorevole di tutti gli altri disturbi funzionali del linguaggio sia per il fatto che esse diventano facilmente abituali, sia perchè in molti casi trattasi di recidive delle balbuzie dell'adolescenza (*Iugendstottern* dei tedeschi), ciò che talvolta viene celato dai pazienti. La guarigione permanente anche qui è rara e le recidive frequenti (*Engelhardt*). Ad ogni modo anche qui mancano statistiche precise degli osservatori. Dalla mia casistica risulta infatti che la guarigione completa delle balbuzie si ottenne soltanto in 15 % dei casi, il miglioramento in 20 % e nessun miglioramento in 65 % dei casi (tra questi il 50 % erano antichi balbuzienti abituali). Da quanto abbiamo esposto si inferisce che la prognosi è fausta per il mutismo, sordomutismo e sordità isterica, meno favorevole per l'afonia e meno ancora per le balbuzie isteriche.

∴

> È sempre possibile contrapporre ai buoni risultati di un determinato metodo terapeutico quelli altrettanto buoni di un metodo del tutto differente.
>
> *Birnbaum*
> *Psiconeurosi*, *l. c.*

CURA

Contro il mutismo isterico sono stati messi in opera i mezzi terapeutici più svariati. Qui è necessario subito dichiarare che tutti i mezzi suddetti hanno la probabilità di successo negli ammalati di questa categoria. Sono pure da notare i numerosi casi di guarigione spontanea (spesso preceduta da attacco isterico, sogno angoscioso ecc) indipendentemente od anche malgrado i vani e multiformi tentativi terapeutici (*Pflug*, io stesso osserv. 18, 99 ecc). Siffatto diverso ed incostante comportamento delle forme morbose in parola dipende appunto dal fatto che la patogenesi complessa e polimorfa dei disturbi funzionali suddetti preclude ogni via alla terapia causale, rendendo quanto mai incerta, mal sicura ed infedele la terapia stessa. E necessario ricordare ancora che il mutismo isterico insieme ad altri disturbi funzionali del linguaggio non è che un *sintoma* dell'isteria stessa, la quale può persistere (manifesta o latente) anche dopo guariti i sintomi suddetti. Non è questo il luogo di entrare nella intricata questione della cura e

della guaribilità dell'isteria stessa, la cui guarigione completa e definitiva (*Levi Bianchini*) viene anche recentemente sostenuta da *Lewandowsky*, *Willmamns* ecc in non meno di 80 o|o dei casi); mi limiterò quindi ad esporre soltanto i procedimenti addottati nella cura dei disturbi isterici della parola. Siffatti procedimenti si possono suddividere in due grandi gruppi: gli uni cruenti e bruschi, gli altri dolci. Per quanto non si possa mai sostenere nei disturbi in parola, che un metodo di cura sia superiore all'altro perchè il successo di un metodo viene scosso dall'uguale buon successo di un'altro metodo, tuttavia si può affermare, in base all'esperienza di quasi tutti gli autori, che i metodi cruenti e violenti oggi debbono essere definitivamente abbandonati. Infatti i metodi suddetti e sopratutto quelli consistenti nell'applicazione delle correnti galvaniche forti, correnti sinusoidali e ad alta tensione *Kaufmann, Oehmen ecc.* sono stati messi da parte da quasi tutti gli Aa. dopo alcuni tragici esperimenti in cui i pazienti dal siffatto metodo di cura non solo non trassero la guarigione, ma soccombettero seduta stante (*Boruttau, Lewandowsky Gildemeister, Medea ecc*). Di fronte a ciò ed in nome dell'antica regola terapeutica " *primum non nocere* ") è superfluo soffermarsi ulteriormente alla descrizione di siffatti metodi di cura anche se essi, come sostengono alcuni autori, (*Pflug, Kaufmann stesso ecc*) fossero infallibili in tutti i casi dell'isteria. Fra i metodi bruschi e non violenti è necessario ricordare sopratutto la faradizzazione con correnti forti (*Urbantschich, Pollak ecc*) e la franklinizzazione (ambedue applicate sulla lingua o sulle regioni laterali del collo). Siffatti metodi talvolta conducono rapidamente, anche seduta stante, alla guarigione (v. osserv. 1, 50 ecc). Lo stesse effetto si può ottenere coll'applicazione dei raggi X. (osserv. 103). Per altro, come è noto, il valore di siffatti mezzi terapeutici, come di tutti gli altri che riferiremo in seguito, sta nella emozione e nella suggestione, che essi producono sulla psiche del paziente, la cui guarigione non avviene per un'azione specifica dell'uno o dell'altro agente terapeutico ma si effettua da sè con un meccanismo psicogeno che ci sfugge.

E vero però che recentemente *Muck* ha indicato un altro metodo di cura del mutismo e dell'afonia funzionale, per il quale procedimento ha esposto il meccanismo psichico preciso con cui si effettua la guarigione. Il metodo di *Muck* che è applicabile in tutti quei casi di afonia e mutismo funzionale nei quali esiste una paresi (manifesta o latente) degli adduttori delle corde vocali,

consiste nell'introdurre (sotto il controllo laringoscopico) nella glottide una palla metallica (" *Kugelverfahren* "), ciò che ha per effetto in siffatti casi il ritorno della voce normale (rispettivamente della parola). L'azione psicoterapeutica del metodo suddetto si basa sopra i seguenti criterii: introducendo nella glottide beante (in cui gli adduttori sono paralizzati) un corpo estraneo che la chiuda completamente si produce nell'individuo un'improvviso senso di soffocazione, cui segue immediatamente una espirazione spasmodica con il primitivo grido riflessò, giusta anche la legge psicologica di *Wundt*, secondo la quale un'espirazione spasmodica suddetta si associa sempre all'emissione di un grido. L'applicazione della palla laringea suddetta ha quindi per effetto immediato: 1) il rinforzo improvviso dell'espirazione che nei muti e negli afoni è molto debole 2) la chiusura completa in via riflessa della glottide che negli individui suddetti non si effettua volontariamente. Anche questo metodo curativo per altro giusta anche le vedute dello stesso *Muck* consiste in ultima analisi in un processo psicogeno emotivo originato dall'improvviso senso di soffocazione in primo tempo, cui si aggiunge forse un'azione suggestiva in secondo tempo. Anche siffatto metodo appartiene alla categoria dei metodi violenti già precedentemente menzionati. Da essi differisce unicamente per il fatto che quì l'azione terapeutica psico suggestiva viene preceduta dalla provocazione dei fenomeni riflessi i quali per altro non rappresentano per sè stessi degli agenti terapeutici specifici ed infallibili; perchè come vedremo più innanzi essi non sempre portano alla guarigione ma sono semplicemente gli efficaci mezzi ausiliarii. Per altro un'azione riflessa analoga a quella della palla laringea esercitano anche i mezzi più semplici, largamente applicati nel mutismo isterico anche a Villa Wurts quali la *sonda gastrica, la provocazione del vomito* ed *il gargarismo*. Che i suddetti mezzi curativi sebbene basati sopra i criterii psicologici e dati fisiologici non rappresentino per sè stessi degli agenti terapeutici veri e proprii viene riconosciuto in parte dallo stesso *Muck*. Egli ammette che esistono casi di mutismo od afonia isterica con grave dispneumia, nei quali il suo metodo porta alla guarigione soltanto se preceduto da lunghi esercizii di ginnastica respiratoria. *Behr* poi nega addirittura ogni valore al metodo di *Muck*. A me pare esagerata l'opinione sì dell'uno e dell'altro autore (sebbene non abbia avuto occasione di applicare la palla laringea). In verità giusta quanto ho esposto sulla patogenesi e sulla prognosi dei di-

sturbi funzionali del linguaggio non abbiamo degli elementi diagnostici per poter giudicare *a priori* se i disturbi suddetti guariranno d'emblée; con i metodi cioè bruschi, o piuttosto lentamente cioè con i metodi dolci; per conseguenza si è costretti caso per caso di tentare l'uno dopo l'altro i diversi metodi curativi. L'insuccesso quindi dei metodi bruschi in certi casi non depone affatto contro la loro utilità, in tutti i casi, ma ci costringe viceversa a saggiare i metodi dolci di cui ora ci occuperemo, Nei casi dunque in cui gli esperimenti bruschi ed energici non conducono ad alcun risultato positivo si userà pazienza e dolcezza, rivolgendosi alla ragione del soggetto e sforzandosi a persuaderlo della benignità del suo stato; si agirà lentamente e sistematicamente e verrà il momento (variabile secondo il grado di intelligenza e di fiducia verso il medico), in cui la resistenza sarà vinta e sarà ricuperato gradualmente l'uso della parola e ciò anche nei casi più ribelli (*Natier*). Siffatto modo di procedere giusta anche l'opinione di *Weygandt* è raccomandabile in tutti i casi di mutismo isterico e sopratutto in quelli di antica data, contrariamente a quanto afferma *Engelhardt*. Difatti i risultati curativi ottenuti coi metodi docili da me riferiti nel capitolo precedente devono essere considerati come molto favorevoli, trattandosi appunto in genere di casi di antica data e spesso di forme gravi di isteria costituzionale in cui i metodi bruschi per lo più non avevano apportato nessun giovamento.

Il metodo di cura abitualmente adottato al centro Neurologico di Villa Wurts (Roma) fu quello della psico-ed elettroterapia associata agli esercizii di ginnastica respiratoria e alla rieducazione graduale e sistematica del respiro. In genere i pazienti venivano sottoposti prima alle applicazioni faradiche (modiche) endolaringee od alla franklinizzazione del capo e del collo e poi invitati ad eseguire i varii esercizii respiratorii. Non è questo il luogo di enumerare tutti i numerosi metodi di ginnastica respiratoria già descritti nella letteratura per la cura delle balbuzie (*Klencke, Gutzmann, Rouma ecc*): dirò soltanto che essi sono tutti applicabili nel mutismo isterico. Nel Neurocomio militare di Villa Wurts fu addottato sia nella cura del mutismo come in quella delle balbuzie il metodo degli esercizii respiratorii che è approssimativamente quello descritto da *Rouma*. Esso consiste nei seguenti procedimenti: 1.° esercizio: a) mettere le mani sul ventre, b) inspirare per il naso, c) aprire la bocca, d) espirare bruscamente per la bocca premendo le due mani sull'addome per spingere il diaframma,

2.° esercizio: a) b) e c) come nel 1. d) espirare lentamente con la bocca aperta. 3.° esercizio: a) come nel 1. b) fare una sola profonda inspirazione con la bocca aperta c) espirare lentamente. In questo modo si ottiene rapidamente una respirazione mista costo-diaframmatico-addominale e successivamente l'emissione delle vocali, la voce afona poi chiara e delle parole mono-o bisillabi ciò che può essere facilitato dalla manovra di compressione laringea (*Citelli, Kaess*). Ai balbuzienti poi si danno le seguenti regole che riguardano l'aria espiratoria: a) fare delle inspirazioni rapide per la bocca, b) evitare di fare inspirazioni troppo profonde, c) non esaurire mai la provvista di aria, d) ad ogni piccolo arresto in una frase, eseguire una corta e rapida inspirazione. — Nei casi di grave dispneumia si può usare il seguente procedimento (*Rouma*): si fa eseguire una inspirazione profonda e rapida e si fanno elevare lateralmente le braccia fino all'altezza della spalla. Poi si fa dire al P. qualche parola abbassando lentamente le braccia; ogni inspirazione deve coincidere con l'elevazione delle braccia. Così i movimenti suddetti servono da regolatore. — Agli esercizi respiratorii si aggiungono mano a mano quelli di fonazione (canto, voce bisbigliata, voce normale), quelli di articolazione (ad es. con il procedimento di *Van Lier* che consiste nell'aggiungere successivamente una sillaba all'altra: la — lavo — lavora — lavorare ecc.) e finalmente quelli della parola (lettura di giornali, recitazione di versi, trasmissione delle scene mimiche in parole ecc.).

I buoni e duraturi risultati di siffatto metodo di cura hanno reso superflui tutti gli altri metodi che ora voglio esporre brevemente e alcuni dei quali furono da me sperimentati nei singoli casi. Fra questi il primo posto occupa l'antico metodo dell'*ipnosi* il quale recentemente nei casi bellici di isteria fu applicato con successo da *Nonne, Kretschmer e Boerstroem* nella sordità isterica), e da *Stuchlik* nella balbuzie. Anche la semiipnosi ed il metodo psico analitico (*catarsis* di *L. Frank*) e la suggestione in stato di veglia furono largamente ed a preferenza usati in Germania e con buoni risultati (*Isserlin, Sauer, Mann, Kehrer, Curschmann Oehmen* ecc). Il parere degli autori è invece quanto mai discorde sul valore della narcosi generale (cloroformio, etere, kélène). Alcuni autori ed alcuni specialisti laringologi riferiscono dei buoni risultati (*Gradenigo, Massei, Fazio, Rossi, - Marcelli, Ritis, Putelli, Trocello ecc.*), i successi sarebbero sopratutto facili nall'afonia isterica. La maggioranza degli autori però (*Ferrari, Morondo*

ecc.) ed io stesso (osserv. 7, 8, 31, 47, 68, 97 ecc.) sono dell'opinione che la narcosi non ha in genere alcun effetto sul mutismo isterico e che nei casi in cui essa porta una guarigione questa è transitoria dando luogo a recidive immediate. (*Moriondo*, io stesso, osserv. 1 ecc.). Ad ogni modo ammettendo anche che in alcuni casi di mutismo ed afonia isterica si sia potuto ottenere con i siffatti metodi delle guarigioni rapide e durature, non si deve mai considerare siffatto metodo (di cui l'azione terapeutica diretta è oscura e probabilmente emo-suggestiva) come unico e specifico contro i disturbi funzionali del laringe e della parola di origine isterica; tale è ad es. l'opinione di *Bilancioni*, per il quale è sufficiente il fatto di inefficacia della narcosi per sospettare ed ammettere una origine diversa (non isterica) dei disturbi stessi.

La sordità isterica quale parte del sordomutismo in genere non richiede alcuna cura speciale e si dilegua rapidamente. Tuttavia nei casi ribelli si può ricorrere anche quì alle applicazioni elettriche (galvanizzazioni dell'acustico), alla permanenza lunga in camera oscura (*Kretschmer*) alle irrigazioni caloriche del *Baranyi* ed infine al cateterismo delle orecchie con faradizzazione (*Dub*) che ad ogni modo sono più indicate nei casi di sordità isterica isolata ove questa sia persistente e ribelle alle cure ordinarie psicoterapiche.

Con il suesposto metodo di rieducazione respiratoria applicato sistematicamente si riesce a vincere anche i disturbi che si presentano quali esiti di mutismo cioè l'afonia e le balbuzie. Anzi *Liebault e Coissard* consigliano anche nell'afonia primitiva sopratutto gli esercizii respiratorii, nell'applicazione dei quali essi si basano sopra i calcoli spirometrici ottenuti volta per volta nei singoli pazienti. Soltanto dunque in via eccezionale si dovrà ricorrere nell'afonia (primitiva o secondaria a mutismo) a tutti gli altri metodi già descritti a proposito del mutismo compreso quello recentemente applicato da *Ulrich* nei casi di afonia suddetta (assordimento col cosidetto *Baranyi scher Laermapparat*). Per ciò che riguarda le balbuzie abbiamo già riferito i metodi di cura fondamentale. Oltre i siffatti metodi anche nelle balbuzie fu applicato con successo il metodo psicoanalitico (*L. Franck*) ed ipnotico (*Somner*, *Stuchlik*), mentre *Rothe* ha curato i balbuzienti con un metodo speciale consistente nella lettura degli scritti di filosofia stoica. Ad ogni modo tutti questi metodi indicati per la cura delle balbuzie sono anch'essi talvolta fallaci. Si può conclu-

dere dunque che la cura dei disturbi funzionali della parola non ha dei metodi specifici ed ognuno di essi ha per sè e contro sè i successi ed insuccessi. Sta appunto all'intelligenza ed all'intuizione del medico curante la scelta del mezzo terapeutico più addatto ed è appunto il buon senso suddetto che rendono l'azione terapeutica di siffatti metodi rapida ed efficace nelle mani di uno che non si limita a curare "*schablonenweise*", ma che fa trasparire nella cura suddetta tutta la sua *ars medica*.

Infine per ciò che riguarda i *provvedimenti medico legali* essi hanno un'importanza secondaria nelle forme morbose in parola. Tanto è vero che alcuni autori come *Sollier e Chartier* nel loro recente volume « Neurologia di guerra » ne trovano superflua la discussione. Anche *Lewandowsky*, *Willmanns* ecc pretendono in modo assoluto una guarigione completa in tutti i casi (o per lo meno in 90 °|₀ dei casi). *Lewandowsky* inoltre afferma che sono suscettibili di guarigione non solo il sintoma isterico ma anche tutti quei fenomeni psichici isterici che spesso vengono provocati dai traumi. Sta di fatto però che in pratica non è sempre possibile ottenere quei risultati terapeutici che gli autori suddetti pongono come assoluti, ma è necessario ancora tener conto del fatto che anche a guarigione avvenuta bisogna sempre temere le recidive (v. capitolo precedente). Ecco perchè *Gaupp* con ragione sostiene che a proposito degli individui che hanno subito gli effetti dello scoppio di granata non può seguirsi un criterio di giudizio unico, perchè in alcuni soggetti [specie in quelli con predisposizione congenita, e con note psicodegenerative ed emotivo-fobiche] anche quando essi appaiono completamente guariti può bastare che sentano parlare della imminenza del loro ritorno al fronte perche ciò provochi il ritorno di tutto il corteo dei fenomeni psicogeni, senza che essi debbano essere considerati come simulati. (v. anche i miei casi di recidive alla scadenza della licenza, osserv. 29 ecc.). Anche quando sono scomparsi i sintomi isterici in parola possono rimanere in molti casi l'orrore per la guerra (*Gaupp*) o la fobia dei proiettili esplosivi (*Hirts*); crisi emotive pantofobiche che si manifestano immediatamente al ritorno al fronte ciò che rende gli individui suddetti inutilizzabili. Ciò che s'impone dunque nella maggioranza dei casi in parola è l'allontanamento definitivo dall'esercito di prima linea ed il rinvio nelle retrovie o nelle zone territoriali, ai lavori agricoli ed altri simili. Anche il concedere le licenze in famiglia specie per i casi in cui le note

isteriche sono manifeste è consigliabile. Peraltro l'invio in licenza di convalescenza di cui durante la guerra ed in tutti i paesi fu grande l'abuso non è un provvedimento utile; tanto meno nei soggetti non guariti completamente; i quali lasciati da un momento all'altro senza cure fissano i varii disturbi, perseverano, rimangono incerti circa la loro sorte alla scadenza della licenza, donde nuove emozioni con tutto il corteo dei sintomi neurosici che ritornano o peggiorano. Ad ogni modo giusta anche le vedute di *Lewandowsky*, *Willmanns* ecc. per le forme morbose in parola come anche per tutti gli altri sintomi di origine isterica non si deve mai corrispondere un'indennità o liquidazione di pensione perchè essi se curati debitamente e continuamente devono guarire: « è quindi necessario formare delle reti attraverso le quali un isterico (Neurotiker) che non è guarito dai sintomi che egli presentava durante la guerra, non deve giungere alla pace » (*Lewandowsky*).

BIBLIOGRAFIA

AGOSTINI — Contributo clinico alla neuropsichiatria di guerra — Perugia, 1917

ALBERTI — Rivista Ospedaliera 1917

AMMERSBACH — Erfahr. ueb. funkt. Larynxst. — Arch. f. Laryng. 1916, XXX

ANDERNACH — Psych. bedingte Ausfallersch. — M. Med. Woch. 1917 N. 32

ANTONY — Surdimutité ecc. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1899

ARNOLDI — Beitr. Z. Aphon. ecc. — Inaug. Diss. — Wuerzburg, 1915

ARONSOHN — Der psychol. Ursprung d. Stottern — Halle a. S. 1914

BABINSKI ET FROMENT — Hystérie — pithiatisme ecc. — Collect. Horizon — Paris 1918

BALLET ET SOLLIER — Sur un cas de mutisme ecc. — R. de Méd. 1896

BALL — L'Encéphale 1881 vol. I.

BARTH — Die psychol. Lähm. d. Stimme, Sprache u. Geh. — Med. Klin. n. 51 — 1917

BASTIAN — Hyst. mutism ecc. — Lancet. II. p. 755

id nel trattato di Albutt, trad. ital di Ferrio

BATEMANN — Gaz. hebdom. 1870

BAUER J. — Konstitution u. Nervensyst. — Z. f. d. ges. N. u. Ps. 1918 vol. 15

BAUMANN — Ein selt. Fall von hyst. Dämmerzust. — Neurol Centralbl. 1916

BÉCLÈRE — Un cas de mutisme ecc. — rif. R. Neurol. 1904

BEHR — Funkt. Sprachst. — Med. Klin. 1918 n.8

BERNHEIM — De l'aphasie motrice = Paris 1901

BESTROEM — Zur Psychol. u. Klin ecc. — rif. Neurol. Centralbl. 1918

BETTI — cit. da Mingazzini

BIANCHI L. — Trattato di Psichiatria

BIANCHI V. — Neuropsichatria di guerra — Ann. di Neurol. 1917 n. 1

BILANCIONI — Per una nuova classificazione dei disturbi motorii del laringe ecc. Atti Clin. otorinolar. 1917

BINSWANGER — Die Hysterie, Wien 1904

id Ueber Kommotionspsychosen — Korrespond. f. Schw. Aerzte 1917

BIRNBAUM J. — Klin. Schwierigk. ecc. — Monatsschr. f. Ps. ù Neur. 1917

id Kriegsneur. u. Psych. Sammelref. — Z. f. d. ges. N. ù Ps. 1917—1918

BLEULER — citato da Lewandowsky

BOLDYREFF — Un cas de surditè et de mutisme — rif. R. Neur. 1917

BONHOEFFER — Granatexplos. Lähm — Neur. Centralbl. 1915- p. 73

BREUER U. FREUD — Ueb. d. psych. Mech. hyst. Phaenom. — Neurol. Centralbl. 1893

BRIAND ET PHILIPPE — L'audimutité ecc. Progr. méd. 1916 n. 17

BRIQUET — Traité de l' hystérie — Paris 1859

BRUNS — Kriegsneurol. Beob. u. Betr. — Neurol. Centralbl 1915

BUSCAINO E COPPOLA — Disturbi mentali in tempo di guerra — Riv. Patol. n. e m. 1916

CALLIGARIS — Contr. allo studio della sordità verbale pura isterica — Atti Clin. Laring. 1905

CARTAZ — Du mutisme hystérique — in Charcot. Leçons du mardi

CASICCIA — Consider. prat. s. cura d. mutismo ist. — Notiz. med. chir. 1917

CHARCOT — Leçons du Mardi

id — Clinique des maladies du systéme nerveux — Paris 1893

CHARLES S. MAYERS — Cont. au shok d'obus ecc. Lancet 1916

CH. R. PAYNE AND SMITH E. J. — War neuros a. psych — Journ. of. n. a. m. disease 1919

CHARPENTIER — Un cas de puerilisme mental R. neurol. 1917

CHAUFFARD — cit. da Cartaz

CHEPTELICH - KHEROUSSKO — Étude sur le mutisme hyst. rif. R. neurol. 1912

CHERVIN — Du rôle de l'émotion en path. verb — Semaine méd. 1912

CHEYRON — React. immed. obs. à la suite d'éclat d'obus — Caducée, 1912

CIAIKEWITSCH — rif. R. neurol. 1906

CITELLI — rif. R. neurol. 1912

CLAUDE H. — Soc. de neurol. R neurol. 1909

CLAUDE MOTTE -- rif. R. neurol. 1915 - 1917

COLLMANN — A lect. on stottering — Lancet 1906 II

CONSIGLIO — Neurosi e psicosi di guerra — Gior. med. mil. 1913 - 15

COURMONT — Aphasie et mutisme hyst. — Lyon méd. 1905 vol. 104

CURSCHMANN H. — Bemerkungen z. Bebandl. ecc. — Neurol. Centralbl. 1917

D'ABUNDO — Turbe neuropsichiche cons. alle commoz. d. guerra italo - turca -- Riv. ital di neurops. ecc. 1912

DANEO — Sulla psicopatol. dell'emoz. ecc. Rass. St. psich. 1913

DAWIDENKOFF — Sur la nature des troubles de la parole ecc. — rif. R. neurol. 1917

DAVID — Aphasie hyst. Th. Paris 1884

DEBOVE — Soc. med. des hôp. 1882

id. — Dysartr. hyst. ecc. — Arch.gén.d. Méd. 1905 II.

DÉJERINE — Semeiologie des affect. du syst. nerv. Masson 1914

id. — Soc. de neurol. R. neurol. 1909

id. ET GAUCKLER — Les manif. fonct des psychonévr. Masson 1914

DEMNE — Wien. med. Bl. 1884

DE POPE — On a case of. hyst. alexia — N. Orleans med. a. surg. Journ. 1894

DE RITIS — Contr. clin. allo studio del mutismo isterico — Arch. ital. di Laring. 1918

DE SANDRO — Il mutismo funzionale da scoppio ecc. Riv. pat. n. e m. 1917

DE SANCTIS — Pat. e profilassi ment. — Vallardi, Milano

id. — Isterismo di guerra — Riv. Sperim. Fren. 1917

DODINET — Contr. à l'ét. de l'aphasie hyst. Th. Montpellier 1908

DOELGER — Hyst. Taubheit ecc. M. med. Woch. 1905 n. 14

DONATH J. — Kriegsbeob. ueb. hyst. Stimm. ecc. M. f. Ps. u Neurol. 1919

id. — Neurol. Centralbl. 1916

DUB — Heilung psychog. Taubheit. — Neurol. Centralbl. 1917

DUBOIS — Les psychonévroses — Paris, 1909

DUPOND et GINESTOUS — Surditè hyst. ecc. Soc. med. de Bordeaux 1905

DUPRÉ — Soc. de neurol. — R. neurol. 1909

id. et LOGRE — Hystèrie et Mythomanie — Encèphale 1911

ENGELHARDT — Funkt. Stimm — u. Sprachstoer. Inaug. Diss — Wuerzburg 1917

ERNOUL — Du mutisme hystèrique Th. Paris 1897

FAGE — Revue mens. de Laryngol. 1888

FAZIO — cit. da Ziveri in Rass. St. Psich. 1916

FERENCZI — Ueb. zwei Typen v. Kriegsneurosen — Internat. Zeitschr. f. aerztl. Psychoanal. 1917. 4

FERRARI M. E. — Il mutismo nelle psiconeurosi di guerra — Riv. ital. di neuropat. ecc. 1918

FOERNE — Aphonie hyst. ecc. Physica 1906

FOERSTER — Hyst. Reakt. u. Simul. Mon. f. Ps. ù. Neur. 1917

FRANK L. — Affektstörungen — Berlin 1913

FREUD — Ueb. Psychoanalyse — Leipzig — Wien 1910

id. — Sulla Psicoanalisi — Biblioteca psich. internaz. di LEVI BIANCHINI — Vol. I. Nocera Superiore, 1915

FROESCHEL — Ueb. traumat. Sprachst. — W. med. Woch. 1916 n. 17

id. — Kriegssprachst. Ars medici 1916

id. — Zur Klinik des Stottern

id. — Zur Differentialdiagnose zw. traum. u. alten Stottern — Med. Klin. 1916

id. — Ueb. derzeit. Stand. der Frage d. Stotterns — Zeitschr. f. d. ges. N. û Ps. — Orig. 1916. Bd. 33

id. — Lehrbuch der Sprachheilkunde — Wien 1913

GAISSET — Le bègaiement hystèrique — Th. de Lyon 1903

GASEL — Sur un cas d'aphonie ecc. — Bull. Soc. med. Chir. 1915

GAUPP — Neurosen nach Kriegsverletzungen — ref. D. Zeitschr. f. Nerv. 1917

Gaupp — Kriegsneurosen — Z. f. d. ges. N. u Ps. 1916 Bd. 34
Geisler — Ueb. e. Fall. v. hyst. Stottern — Inaug. Diss. Erlangen 1897
Gerstkoff — De l'aphasie hyst. rif. R. neurol. 1897
Giannelli — Le malattie mentali e nervose in guerra — Riv. Osp. 1915
Gilles de la Tourette — Traitè clinique de l'hystèrie Paris 1891
Goria — Alcune consideraz. attorno al mutismo psichico Rif. med. 1916
Gowers — Malattie del sistema nervoso — trad. Tamburini — Milano
Gradenigo — Sulle manifestazioni auricolari dell'isteria — Torino 1895
id. — Mutismo, afonia, sorditàecc. — Riv. pat. nerv. e ment. 1917
Grasset — Les grands types cliniques des psychonèvroses R. neurol. 1914, 1917 e Presse mèd. 1915 n. 14
Guillain — Aphasie hystèrique — R. neurol. 1901
id. — Le begaiement hystèrique — Rev. de mèd. 1901
id. — Sur un cas de mutisme ecc. Rèunion mèd. IV armèe 1915
Guttmann — Hyst. mutism. D. Z. f. Nervenkr. 1900. vol. 18
Gutzmann A. — Das Stottern — Berlin 1879
Gutzmann H. — Disturbi funzionali della voce e della parola nei trattati di Lewandowsky e Mohr e Staehelin

Harzbacker — Ueber die Aetiol. d. Granatkont D med. W. 1914
Hellpach — Grundlinien einer Psychol. d. Hyst. — Leipzig 1904
Henneberg — Ueber Aggrav. u. Simul. ref. Neurol. Centralbl. 1917 n. 18 e 24
Hoche — ref. Arch. f. Psych. 1917, 57
Hoepfner — Stottern als associat. Aphasie — Zeitschr. f. Pathophys. Leipzig 1912
Hirschfeld — Eigenart. Sprach.. u. Hörstör. Z. f. d.ges. N. u. Ps. 1918 vol. 39

Isserlin — Psych. u. nerv. Erkr. ecc. — Abh. a. d. Gesamtgeb d. prakt. med. 1917 16.
Jahnel — Ein Beitr. z. Gesch. hyst. Mut. — Neurol. Centralbl. 1908
Janet — Neuroses et idées fixes — Paris 1918
id. — L'automatisme psycologique —Paris 1889
id. — L'état mental des hystériques — Paris 1911
id. — Soc. de neurol. — R. neurol. 1909
Jankelewitsch — Un cas de parachines. des cordes vocales — ref. Neurol. centralbl. 1897.

JENDRASSIK — Zur Diskuss. der Neurosenfr. — Neurol. Centralbl. 1918 n. 23
JNGEGNIEROS — Troubles du language musical chez les hystér.
JOHNSON — Paral. of the larynx — N. York med. Journ. 1885
JOLLY — nel trattato di Ebstein e Schwalbe
JOLOWITZ — Kriegsneurose im Felde — Z. f. d. ges N. u. Ps. 1917, 36
JOURDIN — Aphonie hyst. ecc. — Arch. internat. de laryng. 1906

KAES — Zur Beh. der hyst. Stimmlos, u. Stummh. — Med. Kl. 1916
KAFKA — Schreckneurose — M. med. Woch. 1915.
KAUFMANN — Zur Beh. d. mot. Kriegsneur. — M. med. Woch. 1917
KEHRER — Psychog. Stör. ecc. — Arch. f. Psych. 1917. 38
KNAPP — Ueb. hyst. reine Worbtaub. — Mon f. Psych. 1907
KOBYLINSKI — La psichiatria e la guerra — Quad. Psich. 1914
KOHNSTAMM — Die Sejuktionshysterie — Berl. Kl. Woch. 1917 n. 47
ID. — Der Hysteriebegriff — Ges. - Z - f. Ps. u. N. Berlin 1914
KRETSCHMER — Hyst. Erkr. u. hyst. Gew. Z. f. d. ges. N. u. Ps. 1917, 37
ID. — Die Behandl. im. Dunkelzim. — M. med. Woch. 1917, 25
KUSSMAUL — Die Störungen der Sprache — Leipzig 1910

LABOUCLE — Mutisme hyst. par aphonie ecc. — Gaz. hebd. d. sc. med. de Bordeaux 1903, n. 50
LAIGNEL - LAVASTINE ET ROYER GLENARD — Hemipl. dr. et aph. motr. pure hyst. — Soc. de Neurol. 1908
LANNOIS ET FEUILLADE — Mutisme ecc. — Lyon méd. 1905
LAQUER — Ueb. hyst. Taubstummh. — Neurol. Centralbl. 1908
LAUBI — Nochm. die psychog. Sprachst. — Mon. f. d. ges. Sprach. 1910
LECORCHE ET TALAMON — Est méd. 1881
LEGROUX — Th. d'aggrégation 1877
LEPINE — Mut. hyst. agraphie — R. de méd. 1891
LERI — Sur le pseudo commot. — R. neurol. 1915
LERMOYER — Surdité de guerre — R. méd. 1915 n. 8
LEUPOLDT UND SOMMER — ref. Neurol. Centralbl. 1907
LEVI - BIANCHINI — L' isterismo dalle antiche alle moderne dottrine — Padova, Drucker, 1913
ID. — Psicoanalisi ed isterismo — Il Manicomio, 1913
ID. Una teoria biologica dell' isterismo — Il Manicomio, 1913
LEWANDOWSKY — Die Hysterie — in Handbuch der Neurologie

Lewandowsky — Disk. z. Vortr. Oppenheim 's — ref. Neurol. Centralbl. 1917, 8

Liebault et Coissard — Aphonie ecc. — Rev. de laryngol. 1017

Liouville et Debove — Progr. méd. 1876

Littre — Ac. des Sc. 1765

Lombard et Baldenweck — Traitement d. quelques cas de mutité ecc. R. Neurol. 1915

Loewenthal — Ueb. e. Fall hyst. Mut. — W. med. Woch. 1906, n. 18

Luczucki — Ein Fall von hyst. ecc. — ref. Neur. Centralbl. 1908

Lynn — Periph shok and oth. centr. effects — Br. med. Journ. 1916

Mackenzie — Aphasie fonctionelle — Proc. of the R. Soc. of med. London 1913

Mairet et Durante — Contrib. à l'ét. exp. du syndr. comm. — R. Neurol. 1917

Mairet et Piéron — Le syndrome émotion ecc. — Ann. méd-psychol. 1917

Makuen — Mutisme hystérique — XXVIII Congr. Assoc. Amer. laring. 1906

Mann — Ein Fall von hyst. Sprachtaub. u. Paraph. — Berl. Kl. Woch. 1901

Marage — La surdité chez les blessés — Presse med. 1915

Marie P. et Athanassio B. — Troubl. nerv. pur. fonct. consec. à bless. de guerre — R. neurol. 1915

Marinesco — Sur un cas d'hystérie — Semaine méd. 1912

Id. — Sur l'aphasie hystérique — ibid. 1909 n. 30

Marx — Met. z. Entlarv. d. Sim. — Arch. f. Ohrenheilk. 1909

Id. — Ueb. funkt. Sprachst. u. ihre Beh. — M. med. Woch. 1916, 42

Massei — Arch ital. Laringol. 1916

Medea — Malattie mentali e nervose in rapporto alla guerra — Ospedale Maggiore 1915

Meige — Les dysphasies fonct. — R. neurol. 1912

Mendel — Neurol. Centralbl. 1887

Mendel K. — Psych. u. Neurol. a. d. Felde — Neurol. Centralbl. 1915-1918

Mingazzini — Anatomia clinica dei centri nervosi — Torino 1913

Id. — Contributo allo studio del sordomutismo isterico — Arch. di laringol. ecc. di Gradenigo 1897

Id. — Congresso di Neurologia — Roma 1913

MINGAZZINI — Le nevrosi funzionali da guerra ecc. — Giornale di medicina militare 1919 n. 7

MOEBIUS — citato da Guillain

MONAKOW — Psychiatrie u. Biologie — Schw. Arch. f. N. u. Ps. 1919, IV. I

MOERCHEN — Der Hysteriebegriff — Berl. Kl. Woch. 1917, 51

ID. — Traum. Neurose u. Kriegsgefang. — M. med. Woch. 1917, 33

MORESTIN — Un cas de mutisme hyst. ecc. — Soc. de Chir. 1915

MORIONDO — Sulla narcosi generale ecc. — Arch. ital. di Otol. 1916

MORSELLI E. — Le neurosi traumatiche — Torino 1913

MORSELLI A. — Sopra la sindrome emotiva di guerra — Riv. Pat. nerv. e ment. 1917

ID. — Psichiatria di guerra e sui fenomeni fisiopatologici da emozione — Quad. Psich. 1916

MOUISSET et MOURIQUAND — Bègaiement hyst — Lyon méd. 1904, p. 942

MUCK — Beob. u. prakt. Erfahr. a. d. Geb. d. Kriegsneur der Stimme, Sprache u. Gehörs — Bergmann — Wiesbaden. 1918.

id. — Beitrag z. Sympt. u. Ther. d. funk. Stimmst. Z. f. d. ges. N. u. Ps. 1918

NAEGELI — ref. Neur. Centrbl. 1917

NADOLECZNY — Ueb funk. Stimm. ecc. — Arch. f. Laryng. u. Rhin. XXXI, 1917 n. 2

NATIER — Contrib. á l'ét. du mutisme hyst. Paris 1888

id. — Mutismo isterico da scoppio di granata — La méd. internt. 1918

NEGRO — Sopra un caso di mutismo isterico — R. accad. Torino 1901

NONNE — Neurosen nach Kriegsverletz. D. Z. f. Nerv, 1917, 56

id. — Ueber erfolgr. Suggest. beh. ecc. Z. f. d. ges. N. u. Ps. 1918 vol. 37

OEHMEN — Die Heilungen ecc. D. med. Woch. 1917 n. 15

OLIVIER — citato da Mingazzini

O' MALLEY — Neuroses du larynx ecc. Lancet 1916

OPPENHEIM — Handbuch der Nervenkr. Berlin 1913

id. — Stand d. Lehtre d. Kriegs. u. Unfallneur. Berlin 1917

ORTOLANI — Progres medico 1877

OSSERETZKOWSKY — Arch. de Neurol 1886

PAVLOSKY — Un cas de surdité et mutisme ecc. rif. R. neurol. 1918

PICK A. — Die agrammat. Sprachst. — Berlin 1913

PIGHINI — Riv. Sperim. Fren. 1917
PITRES — cit. da Charpéntier
POLLAK — Zur Beh. hys. Aphonie ecc. — Med. Klin. 1916

QUENSELL — Traumat. Nevrosen — Ref Z. f. d. ges. N. u. Ps. 1917

RANSOM — Br. med. Journ. 1895
RANJAT — Surdité par obusite — Bull. Ac. med. Paris 1916
RAVIART ET DUBAR — Mutisme, aphonie ecc.Arch. de Neurol. 1916, XXII
RAVAUT — Vent d'explosif — Pr. méd. 1915 n. 49
RAYMOND — Clinique des maladies du systéme nerveux
RAYMOND ET JANET — Nevroses et idées fixes, Paris, Alcan
RAYMOND ET SÉZARY — Aphasie hysterique — Soc. Neurol. 1918
REGIS — Les troubles psychiques ecc. Pr. méd. 1915 n. 23
REUTER — Epid. u. Spor. Tierkrank im Kriege — Ergebn d. Hyg. 1917
REVILLOD citato da Mingazzini
RICHTER — id. ibid.
ROSSI MARCELLI — Ancora sulla cura dell'afonia — Arch. it. Laring. 1916
ROTHE — Ueb. einig Bez. v. Sprechm. Z. Stott. — Die Heilkunde — 1916
ROTHMANN — rif. Neurol. Centralbl. 1917
ROUMA — La parole et les troubles de la parole
ROUSSY — Surdimutitè par eclatement d'obus — Soc. Neurol. 1914
ID. ET LHERMITTE — Psychoneuroses de guerre — Collect. Horizon 1918
ID. ET BOISSEAU — Les simistroses de guerre — R. méd. 1915 n. 55
ID. ID. ET D'OELSNITZ — Traitement des psychonévroses de guerre — Collect. Horizon — 1919
ROYER — Aphonie hysterique ecc. — Thèse de Lyon 1904
ID. ET BAUMEL — Astasie - Abasie trep. et mutisme hyst. — Soc. Sc. med. de Montpellier 1912

SAENGER — Demonstr. ein. Fall. hyst. Mut. — Aerztl. V. Hamburg. 1891
SARACENI E BONELLI — Mut. ist. cons. a scoppio di granata — Gazz. osped. e Cl. 1917
SARBÒ — Granatfernwirk. u. Hysterie — Neurol. Centrbl. 1917 n. 9
SAUPIQUET — Et. cl. et. path. sur le mutisme ecc. — Th. Lyon 1904
SAVY — Le begaiement hyst. Prov. méd. 1908 n. 45

SCHESTKOW — Ein Fall v. hyst. Aphasie — Neur. Bote (russo) 1897
SCHLOESSER — Gaz. med. de Paris 1843
SCHNITZER — Beitr. z. Lehre d. hyst. Aphasie — Mitth. a. d. Hamb. Ststkr. 1899
SCHOLZ — Funk. Sprachlaehm. im Felde. Méd. Klin 1915
SCHONFELD — Zur Kenntn. hyrt. cortic. mot. Aphasie ecc. Wien. kl. W. 1912 n. 30
SCHUSTER — Discussione al Congr. di Monaco 1916 — rif. D. Z. f. Nerv. 1917
SCRIPTURE — Stuttering and Lisping — New. York 1912
SEDILLOT — cit. da Mingazzini
SEIGE — Ueber psychog. ecc. Mon. f. Ps. u. N. 1916 n. 39
SEGALOFF — citato da Buscaino e Coppola
SEVESTRE — Soc. med. des hop, 1882
SFORZA — Le sindr. nerv. da commoz Riv. sint. — Riv. Osped. 1915
SICARD — Simulateurs de creation — Paris med. 1916
SIMONIN — Aphonie hyst. ecc. Soc. méd. mil. 1907
SINGER — Wesen u, Bed. d. Kriegspychosen — M. méd. Woch. 1915
SOLLIER — Gènése et nature de l'hysterie — Paris 1897
id. et Chartier — Neurologie de guerre — Masson 1918
SSIKORSKI — Ueber das Stottern — Berlin 1891
STECKEL — Nervöse Angszustände — Wien 1912
STIEDA — Ueb, Geisteskr. im russ. Heere ecc. Zentralbl. f. Nerv. u. Psych. 1906
STINTZING — Hyst. Mutismus ecc. D. Z. f. Nerv. 1905 vol. 28
STRASSMANN — Ein Fall v. hyst. Aphasie — D. méd. W. 1890
STRUEMPELL — Ueber Wesen u. Entst. d. hyst. Krank. — D. Z. f. Nerv. 1916. 55
STUCHLIK — Ueb. das Wesen d. Stottern — rif. Neurol. Centrbl. 1918
id. ref. Z. f. d. ges. N. u. Ps. 1918

TAMBURINI, TONNINI e FERRARI — Isterismo — nel Trattato italiano di patologia ecc. di Cantani e Maragliano
TANZI e LUGARO — Malattie mentali vol. II p. 603
THANISCH — Ein Fall. v. hyst. Taubhéit — Arch. f. Ohrenheilk. 1905 n. 66
THERMES — France médicale 1879
TIXIER — Quelques consider s. u. cas. d'aphasie hyst. — Arch. gen. de méd. 1905

TOPORKOW — Ueb. hyst. Mutismus — ref. R. neurol. 1902
TRAPEZNIKOFF — The obstetr. Journ. 1876
TROCELLO — sulla cura dell'afonia isterica — Policlinico 1916
TYNLAISON — The obster. Journ. 1876

UCKERMANN — Zeitschr. f. Ohrenheilk.
ULRICH — rif. Neurol. Centrbl. 1919

VAN DER WIELD — cit. da Mingazzini
VINCENT — Au sujet de l' hystérie et de la simulation — Soc. de Neurol. 1915
VIROUBOFF — Giorn. Psich. (russo) 1916
VITEK — L'aphasie, l'agraphie et l'alexie hyst. — Rev. neurol (tchèque) 1905 n. 9
VOGT — Die Neurosen im Kriege — Wiesbaden 1917
VOSS — Zur Frage d. Begehr, vorstell. Med. Klin. 1917. n. 22

WALLACE — Atonic aphonia etc. ref. neurol. Centrbl. 1897
WATTENDORF — Hypt. mutismus — Inaug. Diss. Erlangen 1896
WATSON — Philos. Transact. XIV
WELLS — Med. Communicat. 1790
WERNICKE — citato da Guillain
WESTPHAL — Traum. hyst. mit einig. Daemmerzust ecc. D. Med. Woch. 1904, 1
WEYGANDT — Die Sprachbehandlungst. in Friedrichsberg. Aerztl. V. Hamburg. 1917
WICHEREK — Ein Kasuist. Beitr. z. Aphonia spast. W. Klin. Rund. 1902 n. 3
WIEBE — Ueb. hyst. Taubh. M. med. Woch. 1902 n. 8
WILKS — Disease of. the nerv. syst. 1883
WILMANNS — Die Behandlung ecc. D. Med. Woch. 1917 n. 14
WILLNER — Betracht. ueb. d. Wesen. ecc. Z. f. d. ges. N. u. Ps. 1918 Bd. 42
WOLLENBORG — Grundriss der Psychologie — Leipzig 1919

ZALLA — Le perturbazioni psichiche nei militari ecc. — R. pat. nerv. ment. 1915
ZIEHEN — Zûr Lehre v. d. psychop. Konstit. Char Ann. 1902, 1912
ZIELINSKI — Kriegshypnose rif. Neur. Central. 1917, n. 19
ZIVERI — Rass. St. psich. 1919.

ERRATA - CORRIGE

NB. *Nella tiratura del presente lavoro, che per particolari necessità fu composto in un tempo straordinariamente breve, sono incorsi alcuni lievi errori, che l' intelligente lettore potrà facilmente correggere. Segnaliamo i pochi più salienti* (LEVI BIANCHINI).

A pag.	riga	invece di	leggi
18	30	Guislain	*Guillain*
19	16	Pseudotaubheit	*Pseudosprachtaubheit*
20	20	conformati	*confermati*
23	9	monatonia	*monotonia*
	32	consanti	*consonanti*
	36	asservare	*osservare*
24	9	neme	*nome*
135	34	respiatorio	*respiratorio*
138	11	rapprenta	*rappresenta*
149	28-29	afasia	*afonia*
159	13	clinoterapia	*psicoterapia*
164	1	disurbi	*disturbi*
	2	contemporaneo	*contemporanei*
169	12	Nenneberg	*Henneberg*
185	40	laringoscopico	*laringoscopio*
186	13	Levi Bianchini	*Levi Bianchini, S. De Sanctis, Monakow, Lewandowsky, io stesso e molti altri.*
189	37	spesse	*spetta*
192	10	stranamente	*estremamente*
197	2	Levi Bianchini	*Lewandowsky, Levi Bianchini, Gaupp e molti altri.*
199	39	Levi Bianchini	*Kraepelin e Levi Bianchini.*
	40	determinati invece	*determinati*
202	12	niun'afonia	*mai afonia*
204	1	repulsione	*sejunzione*
205	11	articolari	*auricolari*
218	40	clinoterapia	*psicoterapia*

Dott. E. DUSE

Le Psicosi di guerra nell'Ospedale Territoriale Psichiatrico C. R. I. presso l'OSPEDALE PROVINCIALE di TREVISO (Dirett: L. ZANON - DALBO')

(BIENNIO 1915 — 17)

Il tormento di quest'epopea di guerra, che non ha precedenti nella storia, scosse ed angosciò tutta l'umanità; pose alla più dura prova le resistenze psico - somatiche di una grande maggioranza, specie degli uomini che si trovarono esposti alle emozioni più violente, date dalla distruzione e dallo schianto straziante degli esplosivi; servì di incomparabile sperimento psicologico a tutti, specie a coloro che si trovarono in zona d'operazioni sotto la ferrea disciplina marziale, nei pericoli, nei patimenti, nelle privazioni d'ogni natura perversa.

La somma enorme delle emozioni e delle sofferenze, non ha prodotto, però, il danno che si poteva attendere (*Lèpine*). La legge dell'adattamento protesse e salvò l'uomo: «Si potè vedere, che la gran massa può vivere per mesi ed anni, appena momentaneamente scossa da qualche emozione più o meno improvvisa, anche se tenuta nelle condizioni morali e materiali le più deplorevoli, attraverso le più violente e le più ripetute scosse emotive, nelle imprese che sembrano sovrumane (*Lèri*)».

D'altra parte, negli Ospedali, fu continuo il fenomeno di reflusso di soldati colpiti da malattie nervose e mentali; tanto maggiore, quanto più frequenti e violenti erano i combattimenti; e si potè constatare che le circostanze di guerra potevano prendere veste di veri fattori di psicopatia.

Fu per tale motivo, anzi, che anche i colpiti da psicosi, furono elevati alla dignità dei comuni mutilati di guerra ed essi stessi vennero denominati, mutilati dello spirito.

Interessanti ricerche e dibattiti di grande valore, si svolgono sull'argomento, la cui finalità ultima culmina nella determinazione della causalità agli effetti medico-legali; la scienza medica portò luce, ma molti restano ancora i quesiti insoluti, specie di indole etiologica, patogenetica, nosografica.

Fino dall'inizio della partecipazione nostra alla Guerra Europea, ebbi l'onore di collaborare con il Prof. *Luigi Zanon Dal Bò*, allo studio psichiatrico e al trattamento di oltre 1500 tra soldati ed ufficiali, accolti nell'Ospedale Terr. Psichiatrico, che si è formato entro l'Ospedale Provinciale di Treviso per munifica iniziativa della Deputazione Provinciale, provenienti in gran parte dalle Zone d'operazione attraverso gli Ospedali Militari di Riserva di Udine, Belluno, Verona, per ulteriori osservazioni e provvedimenti medico-legali.

L'abbondante casistica ha un sicuro valore, perchè contiene una documentazione ufficiale sufficiente a identificare l'anamnesi e la nosografia, nonchè a stabilire una diagnosi clinica e l'esito definitivo della malattia. Per questo, cercherò di portare anch'io, il mio contributo alla valutazione di questa psicosi, tenendomi solo nell'ambito clinico e non militare.

Impedito da circostanze avverse, mi limiterò per ora, a questa breve nota sintetica, ma cercherò di conciliare la brevità con la chiarezza, che deve scaturire dalla verità dei fatti.

Troppo complessa si è fatta la letteratura sull'argomento e non starò qui certo a scorrerla, cercherò però di fissare alcuni concetti e principî, che emergono dal lavoro di alcuni autori francesi: questo allo scopo che possano stare, qui, come termini di confronto alle conclusioni cui potrò venire.

A. Leri (1) sostiene possibile la differenziazione di tre tipi di turbamento mentale da guerra: commozionati, contusi, emozionati; dà valore etiologico specifico all'azione violenta da scoppio di proiettile, come produttrice, secondo l'intensità, di commozione o di contusione del cervello; alla anafilassi, all'emozione shok, come produttrice di forme emotive. Propugna per una patogenesi con lesioni organiche oppure con lesioni funzionali; quest'ultime, non di natura isterica, ma con caratteristiche proprie di guerra. L'isterismo, quando c'è, viene considerato dall'autore, di regola, come fenomeno sovrapposto. Le psicosi propriamente dette, si sviluppano con poca frequenza e per lo più sotto forma di confusione mentale.

G. Roussy e J. Lhermitte (2) danno molto valore, invece, al-

l'origine isterica e pitiatica dei disturbi nervosi e mentali da guerra; sotto la denominazione di psico - neurosi accomunano, nello stesso studio, malati nervosi, che presentano lesioni prevalentemente della vita vegetativa e di relazione, con malati, che presentano lesioni prevalentemente mentali; questi di regola, presentati con forme confusionali. Le cause di detti disturbi sono tutte polarizzate attorno all'emozione, e i moventi patogenetici attorno alla suggestione, all'inibizione, all'automatismo, al subcosciente. Nella terapia, danno precipuo valore alla psicoterapia e alla rieducazione.

Levi, Roussy e Lhermitte trattano solo di scorcio le psicosi; queste formano esclusivo argomento di studio nel lavoro di *Lepine* (3).

Questo autore, abbraccia il quesito etiologico, con tutta la vastità dei criteri della psichiatria ufficiale e ritiene impossibile una classificazione di malattia su base etiologica, perchè le cause dello scadimento mentale sono individuali, profondamente mutevoli nella loro combinazione e durata. Concede molta importanza all'emozione violenta e alla commozione, comminate insieme; dà valore alla costituzione emotiva e alla suggestione. Ritiene che l'emozione non abbia il monopolio assoluto di una forma mentale. Questa, spesso interviene in secondo tempo, solo a fissare i disturbi, che si sono sviluppati, sopra un organismo già leso funzionalmente, spesso anche materialmente, per effetto degli esplosivi. Fa distinzione di psicosi acute e croniche ammettendo per ambedue la causalità di guerra. Le malattie da lui segnate, rientrano nei quadri delle comuni psicopatie; stati confusionali, depressivi, schizofrenici, cerebropatici, isterici, nevrastenici, epilettici, e questo, anche, là dove l'autore cerca di descrivere, a parte, gli stati commozionali. Nella patogenesi tende sempre a mettere in valore le lesioni organiche più che non sia le lesioni funzionali.

Per quanto riguarda la specificità di una qualsiasi malattia, con marca esclusiva di guerra, si può notare, che tutti questi autori non hanno messo in rilievo malattie nuove, ma hanno solo arricchito e ampliato i quadri sintomatologici delle forme neuro psichiche d'origine traumatica, che erano già note prima della guerra e in pieno dominio della psichiatria e neuropatologia.

Fatti questi rilievi retrospettivi, veniamo ora ai prodotti dell'esperienza nostra. Dalla casistica si può fare i seguenti rilievi:

La predisposizione per precedenti ereditarî e anche individuali tiene il primo posto nello sviluppo delle psicosi da guerra: l'ereditarietà neuro e psicopatica, vi è rappresentata in più che metà

dei casi, in via diretta e anche, spesso, con similarità; la degenerazione pullula, generalmente, dalle malattie più gravi: alcoolismo, tubercolosi, sifilide, pellagra, col sinistro corteo delle vesanie e della criminalità.

Nella grande maggioranza, l' individuo presenta anomalie, o difetti di costituzione psico-somatica, che, con terminologia psichiatrica possono essere riassunti nei seguenti tipi: 1. frenastenici e gracili mentali: in prevalenza timidi, pavidi, irascibili e inadattabili, impulsivi, strani, instabili, quindi con qualità d' animo, che stanno in pieno antagonismo colle qualità che sono necessarie al soldato in guerra, 2. epilettoidi e isterici, che risentono molto di ereditarietà similare; 3. nevrastenici con fenomeni prevalenti di psicastenia: 4. psicopatici: gente strana, mutevole d'umore (distimici) o con costituzione paranoicale; 5. neuropatici, eretistici, spasmofili, spesso figli di alcoolisti, di luetici, di squilibrati, 6. gli emotivi, i depressi, gli eccitati costituzionali; 7. i criminali con stimmate profondamente degenerative, ascritti, in prevalenza, al gruppo dei ladri.

La resistenza organica e la coesione psichica. già di per sè, spesso, così l'abili per difetto ereditario o costituzionale o ambedue insieme, in molti degli individui avuti in esame, erano già stati altra volta, negli anni precedenti gravemente compromessi da malattie, o comunque da manifestazioni patologiche, lesive il sistema nervoso. Vi figurano sovra tutto gli episodi psicopatici; i disturbi nevrosici di natura epilettica, isterica o nevrastenica; l' infezione luetica; il meningo-tifo; la malaria; i traumi gravi al capo (compresi quelli da parto distocico). Molti anche i casi di alcoolismo patologico e di alcoofilia, specie come espressione sintomatica di degenerazione ereditaria.

Considerando i casi in rapporto ai tre dati di ereditarietà, di costituzione originaria e di malattie nervose pregresse, si può concludere che quasi tutti i nostri pazienti presentarono nel loro anamnestico uno, due o tutti e tre questi precedenti.

Passando ora a considerare le cause immediate, che precedettero lo sviluppo manifesto delle psicosi in esame, possono d' esse essere riassunte per ordine di frequenza, a questo modo: patemi da battaglia e di trincea con defatigamento fisico, generici; oppure questi stessi, ma aggravati da una emozione violentissima, sola o unita a commozione per scoppio di proiettile in vicinanza; spesso quelle cause erano aggravate, invece, da malattie trascurate, specie

da malattie infettive, intestinali. In altri casi figurano predominanti le emozioni violente a colorito angoscioso d'origine famigliare, oppure a colorito iracondo e di paura per stato d'accusa e costrizione carceraria. L'alcoolismo, assieme ai disagi, si dimostra fine rivelatore di costituzioni neuropatiche; la disciplina militare, invece, rivelatrice di criminalità o di deficienza.

Le malattie mentali diagnosticate, tenendo conto solo di quelle sulle quali potè essere segnalata la causa bellica, rientrano tutte nella classificazione ufficiale, solo si riducono a un campo ristretto. Hanno assoluto predominio le forme amenziali a tipo allucinatorio o apatico, nonchè le varie forme di melanconia. Vi sono rappresentati largamente, anche, individui con difetti e anomalie costituzionali culminanti, quando esplode la malattia, nelle espressioni classiche della demenza precoce, ebefreno-catatonica o paranoide, delle psicosi e neurosi epilettiche, isteriche, nevrasteniche; delle frenastenie. Generalmente la causa di guerra però lascia a vedere in ognuno le sue tracce, è causa essenzialmente generatrice di dolore fisico e psichico in tutte le sue gradazioni. Le emozioni patologiche predominanti, sono la timidezza, la paura, l'angoscia, il sospetto, coi loro deleterii effetti paralizzanti o inibitori (rallentamento o arresto psico-motorio, intoppi, stupore ecc), e con manifestazioni deliranti a colorito di rovina, di indegnità, di autoaccusa, di autoriferimento, di persecuzione, quasi sempre a contenuto bellico. In verità. paura e sospetto, sono, come dice L. Bianchi, caratteri d'inferiorità, espressione di resistenza interna, che stanno in ragione inversa della vigoria e della rapidità d'azione. E la guerra invece richiede dal soldato, sovratutto, vigoria e rapidità d'azione; per questo oltre che per tanti altri motivi, la maggioranza dei nostri malati, altro non sono se non deboli caduti sotto la sferza della disciplina militare e degli ordegni distruttori di guerra.

Anche il depauperamento organico, con tutte le gradazioni di denutrizione che la nostra maggioranza di malati presentò, in proporzione diretta sulla gravità dei disturbi mentali, era rimasta come traccia manifesta dei patimenti sofferti per causa di guerra.

Per quanto la predisposizione nella nostra casistica abbia tenuto, in generale, il primo posto, nell'etiologia della malattia mentale, su due gruppi di pazienti, pur essendo questa ugualmente bene

palese e documentata, figurò passata in sott'ordine, di fronte alla voilenza grave delle circostanze occasionali, tanto da lasciar figurare queste come veri fattori del turbamento mentale: intendo dire delle emozioni shok e delle commozioni da scoppio di proiettile. In verità, non presentarono i colpiti sintomatologia *tale da individualizzare malattie* di nuova marca, ma ebbero in prevalenza a mostrare, gli uni turbamenti, che li differenziarono dagli altri. Gli emozionati, lasciarono osservare, in prevalenza, depressione e irritabilità, con molteplici espressioni di emozione patologica dolorosa, maggior fioritura di delirio polimorfo accompagnato da disturbi psicosensoriali. I commozionati, invece, presentarono con maggior frequenza, stati di arresto, o marcato rallentamento psicomotorio e successivamente, depressione, ottundimento psichico, passività, apatia, astenia, talvolta anche alterazioni nervose a tipo paralitico. Questo per sintomatologia. Nel diagnostico, pure, le psicosi degl'uni, tendono a differenziarsi da quelle degl'altri, in quantochè, per gli emozionati, prevalgono l'amenza allucinatoria, la melanconia, le psicosi a tipo nevrastenico e isterico; per i commozionati l'amenza apatica, gli stati depressivi con stupore, che ricordano quelli postcomatosi proprî dei neurotraumatizzati. La simulazione venne riscontrata solo di rado e questa, anche, per lo più come manifestazione patologica.

L'esito fu per più di due terzi favorevole quoad valetudinem, in rapporto della natura e violenta della causa determinante e al decorso acuto delle malattie. Le forme vesaniche o demenziali, quindi a lungo decorso o croniche, presentarono remissioni e miglioramenti con molto maggior frequenza e rapidità, che non in tempo di pace, rendendo possibile le dimissioni a prova, in famiglia.

I decessi furono relativamente pochi e in generale solo come crisi di amenza gravissime a breve decorso o come esito di forme consuntive a lungo decorso.

Nella terapia il massimo dei benefici, venne arrecato dalla rarefazione dei malati in ambienti appropriati alla loro cura. Fu applicata largamente la clinoterapia, l'idroterapia, l'ergoterapia, la psicoterapia. Di quest'ultima l'organo principale era l'ospedale di per sè stesso, nella qualità sue morali e materiali, per la perfetta organizzazione, che aveva, improntata a criterî esclusivamente medici e assentimenti altamente umanitarî.

Le conclusioni a cui si può venire da questi rilievi, sono le seguenti: I) allo sviluppo delle psicosi di guerra, raccolte nell'Ospedale Territoriale; la predisposizione individuale tiene il primo posto: le cause occasionali però possono apparire, come i veri fattori del turbamento mentale; II) la causa occasionale da guerra operò con un complesso di condizioni disgregatrici del sistema nervoso d'ordine fisico e psichico, tra le quali possono avere predominio assoluto, l'emozione shok e la commozione per scoppio di proiettile; III) le psicosi da guerra nelle caratteristiche fondamentali rientrano tutte nei quadri delle psicosi conosciute secondo le classificazioni ufficiali, solo, come caratteri secondarî, possono assumere impronta specifica di guerra: IV) le emozioni patologiche delle psicosi da guerra, sono, di regola, a tonalità dolorosa, i delirï, generalmente, a contenuto bellico; V) le forme predominanti sono quelle confusionali (amenze) e quelle depressive (melanconia); VI) l'esito è per la grande maggioranza favorevole, con la ricomposizione dell'individuo allo stato suo abituale e anche per le forme a tipo cronico, è più benigno, che in tempo di pace; VII) le cure appropriate d'ordine fisico e psichico, in ambiente spedaliero specializzato, esercitano su dette malattie un'azione sanatrice di grande valore.

Queste conclusioni possono trovare rapporto solo di affinità con quelle cui sono arrivati *Leri, Roussy e Lhermitte*, non di identità, perchè il materiale di studio è differente. Questo è tolto, bensì, dallo stesso ceppo di turbamenti neuro-psichici, ma il nostro con manifestazioni specificamente psicosiche, quindi più gravi, più durature, in organismi meno resistenti e più compromessi nella loro struttura originanaria; il loro, invece, con manifestazione di natura prevalentemete nevropatica e psico-nevrosica. Armonizzano invece con le conclusioni che sono deducibili dalla trattazione fatta da *Lépine*, perchè anche questa verte sopra un elemento uguale al nostro. Per i psicopatici di guerra, adunque si può affermare che le cause di guerra posssono assumere un valore di prim'ordine, non però essere d'esse le uniche ed esclusive ad originare la psicosi. Non esiste una malattia mentale nuova, che abbia caratteri specifici di guerra.

Treviso (S. Artemio) — Marzo 1919.

BIBLIOGRAFIA

(1) LERI — Commotions et émotions de guerre — Masson, Paris 1918.

(2) ROUSSY et LHERMITTE — Psychonévroses de guerre, Masson, Paris 1917

(3) LEPINE — Troubles mentaux de guerre — Masson, Paris 1917.

PROF. M. LEVI BIANCHINI
MANICOMIO MATERDOMINI - NOCERA SUPERIORE

LA MORTE DELL'EROE

(Impressione di guerra: dal diario di guerra)

1916, Maggio 30 - 31.

Il carro del dolore entra velocemente nell'atrio dell'ospedale sbuffando impaziente e depone i sacri fardelli umani. Gli aiutanti di sanità portano per primo il più grave ferito all'immediato soccorso. E' un giovane colosso, alto sei piedi, biondo, bianco. Mi sfugge un grido di dolore. « Tu qui, mio buon amico ? E come, e dove ? »

Il ferito riapre gli occhi, mi riconosce e sorride.

« Mi hanno preso quei vigliacchi. Uscimmo da Farra col carro a tre, stassera alle cinque, per portare le munizioni a Villanova. Ci hanno visto e ci hanno tirato a shrapnel. Io ero a cassetta: li ho sempre sfidati a viso aperto. Ma mi hanno bucato la pancia, quei vigliacchi. Ho sete ».

Rabbrividisco. E' terribile e mortale la sete, in un ferito al ventre. Non è quella del combattente che ritorna incolume dall'attacco e non è quella dell'attesa febbrile e non è quella dei feriti in linea.

« Figlio mio, sei stato imprudente. Non sai che la bella strada che conduce da Gradisca a Gorizia è tutta scoperta e battuta ? Che una notte, in esplorazione, noi per poco non fummo presi come te? E sei uscito di pieno giorno, mentre dovevi uscir di notte, quando mille occhi nemici e mille istromenti perfetti ti spiavano dalle Cime di S. Michele, dai Boschini, dal Sabotino e ti aspettavano al varco ?

« Hai ragione dottore, non farò più. Sai, siamo ragazzi. Dammi da bere, ho sete forte.

Il grosso dolce bamboccione sospira. « Mi duole qui, allo stomaco, dice. Ho un sapore in bocca dolce, cattivo come di sangue. Poi ogni tanto una mano come di ferro mi contorce le budella e gemo. Ho tanti singhiozzi. Non ho più forza, mi sento morire. Ma non ho mica paura, sai. Povera mamma mia! »

Scopro il tronco di rovere e le membra. Il petto ansima. Un solo foro sanguinante all'epicondrio destro nel mezzo del fegato. Nessun foro di uscita. L'addome è gonfio. Ahimè! La cute è fredda, umida ed ha qualche piccola, invisibile marezzatura. Il polso è piccolo, frequente. Maledizione! Il fegato è rotto, lo stomaco è rotto, l'intestino è rotto.

« Che mi fai dottore? Perchè non mi dai da bere? Ho freddo e brucio ».

« Nulla per ora, se non qualche iniezione per temprare il cuore e temperare il dolore. Devi dormire. Sei troppo debole per ricercarti nei fianchi l'assassina. E' notte fatta. Domani sarai operato senza dolore. Ora dormi, stai buono e zitto, come tu fossi nella culla e presso a te fosse la madre tua. Tieni sul ventre la vescica di ghiaccio, poichè ammansa la flogosi e ti calmerà la sete. Sii buono. Non bere fino a domani, se ami tua madre. Stai supino e non muoverti e non contrarti, se ami tua madre ».

Lo portiamo a letto, in una stanzetta bianca, che guarda il S. Michele. Gli aggiusto i guanciali e le coltri e gli siedo vicino, in veglia.

Il ferito si assopisce, dorme in affanno l'ultimo sonno della vita che non sarà più all'alba.

Ed io penso. Che posso fare, figlio mio, per salvarti? Quanto sangue mio inutile posso io dare a te perchè tu viva? Io non ho più figli. La mia piccina dorme dal dì che nacque a Campo Verano. Era troppo bella perchè Iddio me la lasciasse. Sarebbe stata troppo felice perchè fosse di questa terra. Quanta attesa per la sua venuta, quanta inaudita felicità! Ed ora, tua madre che ti ha fatto in seno, che ti ha dato il latte del suo seno, che ti ha cresciuto con orgoglio non ti vedrà più: la benedetta vittima infelice. Poichè non tu sei vittima, tu che muori per la patria. Tu sei parte della Divinità, della Immortalità. Ma quella misera che ti perde è vittima. Tu morendo crei e cementi nuova grandezza di patria, nuova gloria e nuova vita. A lei la tua morte tutto toglie, poichè a lei nulla vale, in paragone, l'amor di madre perduto.

Passano brevi ore d'angoscia. S'alza la metà notte per trapas-

sare al nuovo dì. Il ferito sonnecchia e geme, o si desta affannando, o annaspa nel sogno di incubo, o singhiozza: e chiede sempre acqua, acqua, acqua.

Non deve bere. Anche questa tortura, per tentar di salvarlo, il moribondo eroe. Solo le labbra devono essere umide e il ventre agghiacciato, per uccidere la peritonite che l'uccide.

Poi ha un sobbalzo, mi chiama per nome, mi cinge le braccia al collo ed invoca.

« Dottore, dottore, salvami, io muoio. Non per me, non per me, dottore: salvami per mia madre. Ho sete, ho freddo e ardo ».

Io non posso piangere e vorrei morire, per sottrarmi allo strazio.

« Sii buono, sii tranquillo, non temere, non ti muovere in nome di Dio. Non corri alcun pericolo. Te lo giuro per la madre tua che invochi. (Già altra volta così io ho mentito in carità al moribondo nemico prigioniero, pur figlio). Ora hai febbre, epperò smanii: domattina starai meglio. Ora ti inumidisco la bocca e ti dò un chicco di ghiaccio, solo, da suggere, se prometti di esser buono. ».

« Sì dottore. Stammi vicino. Ho paura. Ho sete, ho freddo e ardo ».

« Sì son'io che ti assisto. Sto presso a te da quando venisti. Ti veglio come la madre tua ti veglierebbe ».

Un'ora e due altre ancora di attesa. Il moribondo invoca da bere. Tenta di aprire la bocca larga della vescica di ghiaccio per rubare il ghiaccio ed io lo rimprovero dolcemente. Mi guarda e mi carezza la mano, ma non parla. L'occhio è smorto, lo sguardo semichiuso, il respiro affannato. Maledizione di Dio! La Morte è all'uscio. Io la vedo, la maledetta, che avanza nella penombra del crepuscolo a lenti passi. E' ornata a festa. Porta appoggiate e strette al petto, fra la falce arrossata stillante sangue e la corona d'alloro e di quercia che le cinge il teschio, infinite spighe di grano verdi e gialle adornate dei rossi papaveri campestri e legate in grossi mazzi. Cammina a lenti passi. Le giunture secche dello scheletro stridono come tante canne secche nella fossa di Mida. Le occhiaie brillano di una luce profondissima, limpidissima, lontanissima. Io guardo dentro alle occhiaie e mi par di venir attratto da quel mistero luminoso ed ammaliato da quello splendore infinito. Tutta la stanza, tutto il corridoio ne sono imbiancati! Il mio morente eroe pare trasfigurato. La maledetta avanza ancora.

Io mi getto addosso a lei con un urlo e mi desto di soprassalto e la visione quàsi scompare.

Ho sognato ed ho delirato pochi istanti; poichè ancora il morituro ha nella mia la sua mano ed è immobile.

Passa un'ora. E' l'alba. Dicono che la Morte tema la luce. Non è vero. La Morte spia sempre. La più bella spiga verde reclina il capo opulento.

Il mio amico ha un sobbalzo: l'ultimo. Mi cerca con le braccia, mi abbraccia e poi si abbandona.

« Dove sei, dove sei » invoca. « Non ti vedo più, non vedo più. Ho un velo a gli occhi. E' tutto buio intorno a me. Madre mia, madre mia ».

Sono le ultime parole. Il volto è gonfiato e livido: le labbra secche, la lingua inaridita e ingrossata. Il respiro ansima orrendamente, penosamente. Poi si rallenta ancora, poi si attenua. Pur io muoio. Metto la bocca mia sulla sua per cercare la vita. Ancora un alito lievissimo: un alito più lieve ancora, impercettibile, poi più nulla.

La Morte è entrata. E' seduta presso a me e sogghigna. La più bella spiga verde ha reclinato il capo fino a terra.

Allora io dico al morto la preghiera ch'io dico ogni sera, prima di coricarmi, alla mia creatura. La preghiera che è scolpita sulla sua tomba e che sarà scolpita su quella dei suoi genitori. « Dio dà, Dio toglie, sia benedetto il nome di Dio ».

Povera madre!

scritto in Zona delle operazioni, nella campagna di guerra contro l'Austria, nel Maggio 1916.

PROF. VITO MASSAROTTI
DOCENTE DI CLINICA PSICHIATRICA NELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Stato delirante simulante la demenza precoce paranoide in un psicastenico originario

---

La Psicastenia forma morbosa ancora giovane nella sua evoluzione sia per gli addentellati che mantiene colle forme da cui è nata, sia per la presenza di alcuni sintomi non certo netti nella loro esplicazione, è diagnosticamente complessa. Il fondatore stesso della psicastenia, *P. Janet* (1), la definiva « una psiconevrosi molto vicina alla neurastenia, all'isteria, all'epilessia e ad alcune forme di paranoia. » Essa ha relazioni specialmente con tutte le forme morbose a fondo degenerativo dalle quali in senso lato è compresa (*De Sanctis* 2). Ciò spiega ancora meglio la complessità dei suoi sintomi, ed anche la indeterminatezza di alcuni di essi.

Durante il suo decorso possono osservarsi degli stati deliranti di cui *Arnaud* (3) ammette tre differenti modi di associazione: 1. accesso delirante che si sostituisce alle manifestazioni proprie della psicastenia, che ricompaiono appena l'accesso è scomparso. 2. svolgimento delle due sintomatologie contemporaneamente con più o meno compenetrazione e più o meno rapporti logici. 3. delirio dato dall'estrema esagerazione dei sintomi psicastenici. Contro questa ultima asserzione è stato opinato invece che i disturbi psicastenici non si convertono mai in un vero delirio; ma oramai la maggior parte degli autori sostengono l'opinione contraria (*Raymond* 4).

Certo fra psicopatici e nervosi non vi è nella realtà un limite netto, come quello che spesso si traccia per fini pratici, specialmente quando, come nella psicastenia, la nuova forma morbosa ha la posizione nosologica datale dal suo stesso fondatore, ed ha sostituito la degenerazione di *Magnan*, la emotività di *Morel*, la paranoia rudimentale di *Morselli*, le psicosi neurasteniche degli autori tedeschi, le idee imperative di *Haeck*, la pseudomonomania di *Delasiaure* ecc.

Se la diagnosi differenziale è difficile talora colla neurastenia e con l'isteria, essa é ancora più difficile colla demenza precoce (*Kraepelin* 5) mentre sono proprio coi malinconici e con i perseguitati sistematizzati che hanno maggiore similitudine i psicastenici deliranti (*L. Garban* 6).

Certo la presenza di una sintomatologia appartenente ad una forma morbosa, che nel decorso di un'altra si sostituisce, dando a quest'ultima la sua fisionomia particolare, mentre il processo morboso primitivo resta invariato e continua la sua evoluzione, è uno dei problemi più importanti della psichiatria sia dal lato scientifico sia dal lato pratico in relazione alla cura, alla diagnosi ed alla prognosi. Mi è sembrato per ciò utile publicare il seguente caso, non certo dei più semplici, di delirio paranoide in un psicastenico conclamato.

B. E. di anni 37 musicista, celibe. È importante la sua ereditarietà familiare che ricavo dal lavoro del *De Sanctis* (7) « Una famiglia di neologisti ». La famiglia studiata dal *De Sanctis* di cui fa parte il nostro soggetto (E. dei personaggi del *De Sanctis*) è una famiglia psicastenica ed in sè accumula tutto il polimorfismo sintomatologico che offrono i ticchiosi, gli ossessionati, i fobici, gli emotivi, i degenerati inferiori e superiori.

Nonno materno tubercoloso; anche una zia e quattro zii paterni tubercolosi e morti prima dei 30 anni. Uno di questi zii ebbe scrupoli religiosi, fobie e dubbi. Non era mai sicuro per esempio di aver bene pronunziate le sue preghiere e perciò scandiva e ripeteva parecchie volte tutte le parole per convincersi di aver detto le preghiere a dovere. Il padre era di carattere impressionabile, collerico, impetuoso, esagerato in tutto; ebbe da giovane convulsioni dopo il dispiacere della morte repentina della madre. La madre ancora vivente ha 71 anni, è

di carattere debole e tranquillo, ha vivo sentimento religioso. Si dice che gli zii paterni scapoli non abbiano mai conosciuta nessuna donna.

Tutti della famiglia hanno tendenza a personificare gli oggetti e le cose. I palazzi i monumenti i ponti parlano, ridono, tutto per loro parla ed ha un espressione antropomorfa. Dei fratelli del B. uno di 49 anni, intelligente avvocato, da ragazzo era grimacier e fu sempre neuropatico ed ebbe attrazione per certi numeri simpatici e repulsione per altri; fu aritmomane, ebbe avversioni curiose, vere fobie per i piccioni, canarini, certe persone, certe strade ecc; ebbe movimenti coatti, repulsione per tutto ciò che era cattolicamente religioso. Una sorella di 44 anni, nevrastenica, dominata da idee pessimistiche. Un'altra di anni 42 anomala; un'altra di anni 40 neurastenica manifestò fenomeni di medianità. Un'altra di anni 35 a 12 anni dopo febbri infettive ebbe tendenza irresistibile a far poesie, fu famosa inventrice e corruttrice di vocaboli. Un fratello di anni 33 avvocato, intelligente, ebbe da giovane ossessioni, impulsi suicidi; ad 8, 10 anni ebbe una singolare fobia; aveva paura di lasciare una parte dei suoi occhi sugli oggetti luminosi che guardava. Ebbe grande tendenza ai neologismi, designava tutte le persone con un numero.

Il nostro infermo ha sofferto a varie riprese di agorafobia, di ossessioni religiose, di scrupoli e di dubbi sin da ragazzo. Ha presentato sintomi che farebbero sospettare una vera follia del dubbio con fenomeni di contaminazione. A 25 anni aveva l'abitudine, forse imitata dal fratello, di apporre ad ogni persona un numero. Egli è musicista, sportman, di carattere allegro. Non può sentire discorsi tristi, al punto da allontanarsi commettendo degli atti scortesi da qualsiasi luogo ove essi si facciano. Ha sofferto di dismorfofobia (credeva di avere una gamba diversa dall'altra, vedeva ogni giorno assottigliarsi la cresta della tibia). Vi è stato un periodo in cui temeva di poter far del male, di poter percuotere le persone della sua famiglia. Ha sofferto senso di svenimento, senso di morte, nonchè claustrofobia, nosofobia. Venne condotto nel Sanatorio Bellosguardo in Roma, da me allora diretto, in stato di agitazione, di ansia per dir meglio, ed in preda ad un netto delirio persecutivo. Proveniva dall'America ove trovavasi per ragioni della sua professione di musicista.

Individuo alto, aitante, elegante nella persona e nel portamento, con una certa aria di distinzione, in buone condizione somatiche. Bene orientato riguardo al tempo, al luogo, alla propria persona. Attenzione vigile, percezione pronta, memoria buona. Espone non senza qualche reticenza il suo delirio: in America si era accorto che per una serie di circostanze (che precisa e che solo in Italia si è saputo spiegare) si era

sparsa la voce che egli fosse un pederasta. Per tale voce egli era stato abbandonato da una signorina con cui era fidanzato. onde tentò di suicidarsi ingerendo del bromuro di potassio (suicidio infantile ed improprio). In Italia tutto ciò che lo circonda è parte di una vita artificiale creata per lui. Il Sanatorio è un luogo pieno di persone savie riunite per studiarlo, dietro pagamento e direzione Americana. Crede di essere stato in America sposato contro la sua volóntà. Ogni giorno, ogni ora le cose divengono più chiare ed anche quelli della sua famiglia sono in mala fede. Nella prima colazione del Sanatorio gli è stato data una frittata con dentro dallo sperma, ne sentì benissimo l'odore ed il sapore speciale Ciò fu confermato dal fatto che venendo la frittata in tavola, gli altri infermi risero e fecero dei discorsi allusivi a tale cora. In America lo suggestionavano a distanza per fargli fare tutto ciò che volevano; lo offendevano senza che restassero prove. per poterlo dichiarare poi malato mentale.

All'esame neurologico presentava: clono palpebrale, tremori oscillatori in toto a mani protese. Riflessi patellari vivacissimi, dermografismo vaso-paralitico, eccitabilità meccanica neuro muscolare. riflessi muscolo-cutanei vivaci, iperestesia tegumentaria a zone. insonnia.

Durante le prime settimane di degenza l'infermo ebbe contegno ostile, riservato. diffidente. Interpretava contro di lui frasi vaghe, brani di conversazioni, agitandosi. Usciva spesso dalla sua camera nel corridoio minacciando i suoi persecutori. Ebbe di tempo in tempo, degli impulsi. ruppe degli oggetti, ebbe riso immotivato. Un giorno leggendo una poesia di Trilussa sul Messaggero si turbò ed asserì che essa era stata scritta per lui. Sin dal primo giorno egli mostrò una certa attenzione alle argomentazioni contrarie del medico alle sue idee deliranti.

Dopo un mese circa di degenza l'infermo divenne meno ostile all'ambiente e meno agitato. Egli asseriva che quando si parlava con lui cercando di persuaderlo della infondatezza delle sue idee, egli sul momento suggestionato dalla parola del medico ci credeva e si tranquillizzava, ma subito dopo le idee deliranti si impossessavano di lui.

Dopo circa due mesi di degenza divenne più tranquillo, corretto, ritornò affettivo colla famiglia. riuscì ad occuparsi qualche poco suonando e studiando il violoncello. Asseriva che il ricordo dei fatti accadutigli in America si era andato in lui annebbiando. Pensando alle sue asserzioni passate rideva, ma subito dopo era preso da un senso di grande tristezza: ciò nullameno le solite idee contro la sua volontà di tanto in tanto lo riafferravano ed egli diveniva ostile, ribelle. Confessava che a volte era preso da una voglia irresistibile di ridere, e

che doveva fare grande fatica a contenersi; a volte dal bisogno di rovesciare la tavola, rompere il violoncello ecc. L'infermo andò lentamente migliorando e nello spazio di sei mesi d'isolamento e di adatte cure giunse a criticare i suoi deliri precedenti, quantunque qualche nube lieve e passeggiera oscurasse talora la sua giornata. Però era socievole, allegro, faceva delle passeggiate in città da solo; riprese con lena il suo lavoro d'artista. Venne perciò in via di prova inviato in famiglia.

Dopo un mese e mezzo di soggiorno in famiglia l'infermo rientrò spontaneamente ed improvvisamente nel Sanatorio, perchè tormentato dalla paura di morire per svenimento per la via e dalla paura di poter tentare il suicidio.

In questa nuova fase di malattia mentre non si presentò più lo stato delirante, si ripresentò invece lo stato fobico originario più vivo del solito. Cosí egli temeva di passare i ponti, di restare in luoghi chiusi, temeva di morire. Non sapeva nè poteva uscire da solo ed aveva bisogno della compagnia del medico, col quale solamente si sentiva sicuro. Temeva che gli cadessero tutti i denti ecc. Spesso queste fobie davano all'infermo un vero stato di ansia.

Dopo circa quattro mesi di adatta cura fisica e psicoterapica il malato potè lasciare nuovamente il Sanatorio guarito dallo stato acuto fobico, pur restando il tipico psicastenico - parte della famiglia così gravemente tarata nel sistema nervoso - e poté riprendere la sua vita artistica.

L'importanza del caso suesposto consiste nelle nette fasi attraverso le quali l'infermo passa, che viste isolatamente porterebbero a diverso apprezzamento diagnostico. Il suicidio puerile, inadatto, il delirio sistematizzato di persecuzione, le idee di influenzamento fisico, di suggestione a distanza, il fondo sessuale delle sue allucinazioni gustative ed olfattive, l'impulsività, il riso immotivato, l'inaffettività, l'egocentrismo e l'esagerato senso della propria personalità del periodo della sua prima permanenza nel Sanatorio avrebbero portato nettamente e facilmente alla diagnosi di demenza precoce paranoide, sviluppatasi su di un fondo gravemente degenerativo ed in soggetto con fobie psicasteniche. Su questo quadro così fosco si osservavano piccoli spiragli di luce: l'.

Una forte soggestionabilità dell'infermo che riusciva sia pure in modo ben lieve a mettere in dubbio le sue idee deliranti. Tale suggestionabilità era ben diversa dalla poca convinzione da cui sono sostenuti i deliri dei paranoidi precoci. 2. Il senso di incompletezza nelle operazioni affettive comparso dopo qualche settimana. 3. La preoccupazione morale esistente in fondo al suo delirio che lo porta sino al suicidio; nei psicastenici molto raro sia come tentativo, che come attuazione (*Massarotti 8*) 4. La persistenza del senso di dignità che nei precoci è perduta. 5. La condotta nei rapporti sociali inerente al delirio, ma la mancanza dell'assimilazione di esso alla coscienza per la presenza della suggestionabilità summenzionata; mentre nella paranoia vi è una trasformazione della personalità nel senso della idea delirante (*Bianchi 9*) che viene assimilata dalla coscienza, e le imprime tutti i caratteri che ad essa sono propri ed una condotta nei rapporti sociali inerenti alla natura ed all'indole del delirio. Ciò non impediva che egli affermasse energicamente il suo delirio e reagisse anche violentemente contro il personale di assistenza. Tale impulso non era quello solito nel psicastenico di cui l'infermo è consapevole, ma quello direttamente dipendente del delirante perseguitato ed allucinato. Ed il suo egocentrismo ed il lieve stato maniacale deponevano per un processo emozionale fondamentale come nei paranoidi (*Kannabich* - 10).

Volendo dare una spiegazione al delirio di B. dobbiamo ricorrere ad una induzione psicogena. Il suo delirio dovremmo attribuirlo alla paura della persecuzione. Egli ebbe paura di passare per pederasta avendo senza volerlo coabitato in una stessa pensione con un pederasta di cui era conoscente, e di cui ignorava la perversione. Di quì l' idea derivata di essere guardato in malo modo, di essere disprezzato, sorvegliato, di essere stato abbandonato dalla fidanzata; quindi una vera paura della persecuzione. In fondo nel B. tutte le idee deliranti hanno per fondo l'ossessione di aver fatto una cosa, di poter essere creduto diverso da quello che era ecc. Così in lui il dubbio ha creato l' idea delirante che a sua volta manteneva il dubbio e lo coordinava con altri dubbi, altre ossessioni dando alla personalità la superficiale apparenza della man-

canza di controllo nelle azioni. Certo ciò è stato possibile dato i due fondamentali sintomi che avvicinano i psicastenici ai dementi precoci; la debolezza psichica primitiva (*Dubois* 11) ed i disturbi della volontà (*Simidoff 12*).

In questi casi dal lato diagnostico hanno grandissima importanza, come abbiamo visto, piccoli sintomi differenziali che bisogna saper trar fuori dal quadro sintomatologico anche ricco della forma. In medicina mentale più che in altre branche è necessario sapere trarre vantaggio da piccoli dati attraverso una lunga, diuturna dimestichezza col malato. Nel B. dobbiamo ammettere attraverso la sua lunga storia di malattia una forma statica di essa o psicastenia normale che lo ha accompagnato dalla nascita al giorno dell'attacco delirante; una forma delirante paranoide che durante la sua evoluzione ha fatto scomparire tutti i sintomi della o psicastenia, tanto da dare l'impressione della sostituzione completa; una forma di psicastenia parossistica sopravvenuta al periodo delirante e presentata nel secondo soggiorno nel Sanatorio, che ha preceduto il ritorno al normale o per meglio dire alla forma statica di psicastenia.

Nel B. non è avvenuto quello che dai più è preconizzato, cioè la sostituzione e l'avviamento alla cronicità in demenza precoce, ma lo stato delirante ha solo interrotto il normale andamento della forma; anzi i vari sintomi di questa, in special modo la paura hanno dato sviluppo a tutto un quadro che ha simulato la demenza precoce paranoide. Si può dire che il B. fosse affetto da insectaziofobia cioè paura della persecuzione. Nel nostro caso malgrado la vistosità del delirio, credo si possa affermare essersi trattato di differenza quantitativa dei fenomeni e non qualitativa.

Dato il fatto dei scarsissimi casi nella letteratura di demenza precoce sopraggiunta e completamente sostituitasi in un psicastenico è da opinare che quando la diagnosi di psicastenia è fortemente fondata non si debba mai parlare di demenza precoce ma di esacerbazioni deliranti del fondo pauroso e fobico di ogni psicastenico: e si debba ammettere la guaribilità di tali deliri nella stessa misura di tutti gli altri sintomi della psicastenia.

BIBLIOGRAFIA

1 Janet — Les obsessions et la Psychasthénie — Paris, Alcan, 1903

2 De Sanctis e Ottolenghi — Trattato di medicina - legale. Parte II Gli alienati — Soc. Ed. Libr. Milano

3 Arnaud — Psychasthénie et délire Revue neurologique p. 926 — 1907

4 Raymond — Nevroses et Psychonévroses — Alcan, Paris 1911

5 Kraepelin — Die Diagnose der Neurasthenie — Muench. Med. Woch 1902 n. 40

6 Garban — Les déviations morbides du sentiment religieux à l'origine et au cours de la psychasthenie — Thése de Paris n. 36 1911 — Vigot fréres

7 De Sanctis — Intorno alla psicopatologia dei neologismi. Una famiglia di neologisti — Annali di neurologia 1902

8 Massarotti — Il suicidio — B. Lux — Roma. 1913

9 Bianchi — Trattato di Psichiatria — 2ª ed. Napoli

10 Cannabich — Sur la pathologie des èmotions intellectuelles — Paranoia — Psychasthènie — Revue Neurologique p. 455 — 1912

11 Dubois — Les psychonèvroses et leur traitement moral — Paris. Masson 1909

12 Simidoff — De la Psychasthénie — Thèse de Paris 1908

BIBLIOGRAFIE

AUGUSTO MURRI — Saggio di perizie medico-legali — 1 vol. in 8 gr. di pag. 250. Zanichelli, Bologna, 1919.

Limpide, scintillanti, piene di quella sana e classica dottrina che è l'ornamento tradizionale dei nostri sommi medici italiani di tutti i tempi; piene sopratutto di raro buon senso — quello di cui *Pascal* diceva ironicamente che ognuno crede di possederne in siffatta dovizia, da poterne far dono agli altri — : così sono queste perizie medicolegali di *A. Murri*, che un allievo devoto, il *Gnudi*, ha presentato ai lettori. Scevre di quella metodica compassata — che pur talvolta è necessaria quando un perito specialista debba scrivere solo per giudici e per avvocati — queste perizie sembrano rinnovare le argomentazioni peripatetiche che i maestri greci largivano ai discepoli nelle Accademie dell' Ellade: e rammentano quelli inimitabili esempi di logica e di morale che si leggono nel manuale di *Epitteto*.

Ed è da augurarsi che il maestro, nel tramonto fecondo, sparga ancora la luce del suo pensiero latino, solamente latino, ai discepoli ed ai seguaci, vicini e lontani.

Levi Bianchini

COURTOIS SUFFIT ET GIROUX — La Cocaine — Masson, Paris, 1918.

La cocaina è il più spaventoso dei veleni del cervello: sia perchè la sua dissuefazione è quasi impossibile, sia perchè porta inevitabilmente alla distruzione dell' intelligenza. I cocainisti acuti diventano quasi sempre cronici e finiscono nell'abbrutimento morale, nell' inversione sessuale, nella demenza, quando non muoiono anzi tempo per shok o per convulsioni. Essa fa strage sopratutto a Parigi (l'ottenebrato cervello della Francia), dove ha due grandi centri di consumo: il sobborgo di Montmartre e il Quartiere latino; con un'organizzazione completa di società, di mercanti clandestini, di consumatori, di bars di infimo ordine dove studenti e demi-mondaines si raccolgono ad assorbire dosi fantastiche (1-8 gr.) e quasi sempre per via nasale, del terribile «*coco*».

A questa rovina fisica ed a questo dilagante pericolo sociale hanno cercato di por freno le autorità governative francesi con la legge 12 luglio 1916 concernente «l' importazione, il commercio, la la detenzione e l'uso delle sostanze velenose, specialmente opio, morfina, cocaina», e comminante pene severe — fino all' interdizione dei diritti civili per cinque anni — ai contravventori.

Gli Aa. svelano, con l'aiuto dei dossiers giudiziarii, polizieschi e delle loro proprie ricerche, il traffico della sostanza, l'ambiente in cui si consuma, i tipi psiconevrotici che si dànno ad essa e descrivono in modo abbastanza esatto e completo gli orrendi effetti fisiopatologici del cocainismo, le cui caratteristiche fondamentali sono: iperattività cerebrale paradossa, alterazione del ritmo cardiaco, delirio, allucinosi, convulsioni, anestesie sensitivo - sensoriali, cui si aggiungono, nei casi inveterati, pervertimento del senso morale e genesico.

A togliere tanto male, la legge repressiva non si é dimostrata sufficiente. Occorre rintracciare i cocainisti, rinchiuderli in sanatorii, esercitare su tali pazienti non solo la bonifica medica, ma sopratutto la rieducazione morale. I quali mezzi saranno tanto più efficaci, quanto più si potrà sviluppare — con conferenze e con propaganda — l' insegnamento dell' igiene e della medicina sociale.

Courtois Suffit e *Giroux* fanno colpa ai tedeschi di aver favorito col basso prezzo di costo e col contrabbando attraverso la Svizzera e l'Olanda — durante la guerra — lo sviluppo delle tossicomanie morfinica e cocaïnica: appunto che può essere anche esatto, dati i loro metodi commerciali e politici, ma che non esclude affatto, per verità, l' indegnità e l' immoralità del vizio: il quale, sopratutto in Francia, ha le sue profonde radici nella morbosa ricerca del piacere e nella degenerazione morale di non piccola parte della popolazione.

Levi Bianchini

VALLAT — Accidents du Travail des ouvriers des usines et etablissements de la guerre — 1 vol. della Collection Horizon — Masson, Paris, 1918.

La questione dell' indennità in seguito ad infortunio sul lavoro, degli operai impiegati negli stabilimenti ausiliarii e militari, assume una particolare importanza nel momento attuale, sia per il numero enorme degl' infortunati sia per la molteplicità delle norme che ne regolano la posizione medicolegale.

In Francia la guerra ha portato nella parte più valida della popolazione maschile dei vuoti spaventosi: e per ciò il personale delle usine e degli stabilimenti militari, privo di gran parte delle maestranze e della mano d'opera esistente ante bellum, ha acquistato tutto un nuovo elemento avventizio costituito da donne e da mutilati e feriti di guerra, già riformati e beneficiati di pensione privilegiata.

Questi ultimi possono a lor volta cadere vittime di nuovi infortuni e quindi essere suscettibili di nuovi indennizzi: a tale scopo è stata emessa la legge del 20 novembre 1916 che riguarda i mutilati di guerra e gli

individui colpiti da malattie o infermità gravi ed incurabili contratte in servizio o aggravate dal servizio in guerra, *ulteriormente vittime di infortuni sul lavoro*; mentre per i primi è tuttora applicata la legge fondamentale del 1898, con le modifiche del 1902, 1905, 1906.

La monografia del *Vallat* riassume brevemente i termini dell'applicazione delle leggi sopra citate e dei numerosi decreti emessi per integrarle, come pure i criteri utili a seguire nella procedura e nell'apprezzamento dei vari casi medicolegali che si presentano al perito. Un certo interesse presenta il breve capitolo sulla *nevrosi traumatica*, a proposito della quale l'A. accettando i dispositivi di varie sentenze dei tribunali di . istanza, fissa l' indennità ad un 5 - 15 % della rendita totale, anche come del resto si usa fare in Italia, da lungo tempo, nella infortunistica civile.

Levi Bianchini

SABATTINI — Quello che dice la mano — Oberosler, Milano, 1918.

Poichè la mano è una parte del corpo, è innegabile che la sua forma è legata a quella dell'organismo intero, quale si gesta durante la vita intrauterina e si svolge, in seguito, sotto l'azione dell'ambiente esterno, dell' arte e della professione esercitate dall' uomo. E' evidente che il contadino ed il manovale, i quali maneggiano la zappa ed il piccone, avranno la muscolatura della mano più sviluppata che non quella degli intellettuali: che la mano di un soggetto della 2. combinazione morfologica del *De Giovanni*, generalmente a complessione grossa e robusta, a tipo cardiaco e a sistema arterioso predominante, sarà più larga e grossa che non quella di un soggetto della 1. combinazione, a cuore piccolo, a grande sistema venoso e linfatico, a corpo lungo e sottile, che sarà pur essa stretta, sottile e lunga. E poichè molti individui della 2. combinazione sono in genere flemmatici, mentre quelli della prima sono a preferenza eretistici, l' esame della mano potrebbe dare, per via indiretta, extrapsicologica, e come esponente di una costituzione biosomatica particolare e ben definita, un giudizio generico non del tutto erroneo sul comportamento generale dell'attività somatopsichica stessa. E così via dicendo.

Ma da questo, ad una scienza esatta, organizzata, assoluta di diagnostica psicologica in base alla forma della mano, ai suoi monti, pieghe, linee, quale pretende di essere la Chiromanzia, corre un certo divario: quello precisamente che separa il metodo scientifico dal metodo empirico, la deduzione basata sulla ricerca analitica di elementi obiettivi concatenati e concausali dalla sintesi aprioristica di dati intuitivi e staccati o addirittura inventati di sana pianta.

L'A. divide lo studio della mano in due parti: *Chiromanzia* che

studia la forma della mano (linee e monti, cioè i solchi e le regioni tenar e ipotenar della palma); *Chirognomonia* che si propone di rilevare il carattere delle persone dall'esame della forma esteriore della mano. La prima sarebbe l'anatomia descrittiva, la seconda sarebbe la psicofisiologia applicata.

Per fortuna l'A. premette di non credere che la chiromanzia sia una scienza positiva; —, certo non lo è allo stato attuale e il futuro è nelle mani di Dio — e dichiara che di quanto ha scritto non c'e nulla di suo personale. Ed è questa una buona discriminante.

Levi Bianchini

DOLERIS ET BOUSCATEL — Neomalthusianisme, maternité et fémminisme. Èducation sexuelle — Paris, Masson, 1918.

Partendo da un calcolo assolutamente erroneo sulla capacità della terra di nutrire una popolazione progressivamente crescente, Malthus preconizzò la limitazione della natalità: non quindi per l'obbiettivo di un immediato ed egoistico benessere, ma per un ideale sociale e morale con quel solo mezzo che gli sembrava allora possibile, cioè con la continenza coniugale e con la castità del celibato. Dopo di lui, travisandone la teoria a beneficio del più puro ed infame edonismo, i neomaltusiani predicano l' interdizione del concepimento nelle sue forme più abiette e con le aberrazioni sessuali più rovinose che inevitabilmente ne conseguono.

Maltusianismo e neomaltusianismo sono teorie sbagliate. La terra può nutrire una popolazione venticinque volte maggiore di quella che esisteva all'epoca di Malthus e dieci volte maggiore dell'attuale: la guerra mondiale testè cessata, ha segnato il fallimento del « superuomo » e la necessità del numero. L'umanità, per godere, deve soffrire e lottare: il godimento fisico spesso è ben più sano », innocuo, intenso, duraturo, che non sia quello fittizio del lusso, della paradossale libertà dei « senza figli » e delle degenerazioni che accompagnano la ricchezza morbosa dei grandi conglomerati urbani. Il primo dovere dell'uomo è quello di procreare figli e figli sani: perchè nulla arricchisce di più una nazione quanto la mano d'opera; nulla la rende più forte, nulla la protegge meglio nel pericolo bellico che non i petti sani e generosi dei suoi soldati. E la Francia generosa e impenitente, che ha dovuto essere salvata da tutto il mondo riunito contro le orde barbariche, ne sa qualche cosa.

Occorre quindi una propaganda attiva, instancabile, scientifica di risanamento morale e sociale. Occorre combattere l'aborto criminoso, la interdizione del concepimento, il dilagare della lussuria. Occorre sviluppare precocemente e prudentemente una sana iniziazione di educa-

zione sessuale, per ravvivare anche nella donna il concetto della sua altissima funzione: quella di integrare l'azione dell'uomo nella vita fisica e sociale, al fine dell'arricchimento, del progresso, della forza stessa della nazione intera: in una parola, allo scopo della vera felicità. Ma se la riproduzione é il fine unico e indispensabile della vita biologica, essa non esclude affatto, anzi comprende in sé stessa la possibilità di sviluppare di pari passo nella donna la sua cultura fisica e intellettuale: dà anzi il modo di giungere per essa al « feminismo integrale » quello cioè che crea la donna cosciente dèi suoi doveri, la madre volonterosa e felice, la compagna indispensabile all'uomo, alla vita ed al progresso della nazione intera.

Il bellissimo libro di *Doléris* e *Bouscatel* che riunisce e coordina una serie di monografie e conferenze eugeniche tenute in Francia ed in America già prima della guerra, dovrebbe esser letto da tutti quanti si interessano all' igïene ed alla morale: scienze che prospettate dal punto di vista biologico come aventi per oggetto reale e tangibile la vita e la procreazione, si confondono in un'unica entità: la morale sociale.

Levi Bianchini

JANET — Les médications psychologiques. Vol. I. Alcan, Paris, 1919.

La medicina dello spirito ha attraversato tre grandi periodi storici. Il primo è quello dell' ignoranza, del fanatismo, della superstizione, non ancora del tutto spento. In questo, la prevenzione delle malattie è affidata agli amuleti ed ai talismani: la guarigione dei morbi fisici e spirituali è affidato allo scongiuro religioso dell' esorcista o alla potenza miracolosa di qualche santo. Basta a questo proposito ricordare i miracoli tramandati nei Vangeli e nella storia della chiesa, quelli attribuiti al Diacono Paris nel cimitero di S. Medardo verso il 1736, quelli della Madonna di Lourdes.

Il secodo periodo, che si potrebbe chiamare prescentifico, incomincia con le pratiche del magnetismo animale di Mesmer che portano progressivamente alla scoperta ed alla metodica dell' ipnotismo, elevato agli onori di pratica scientifica da *Charcot* e dalla sua scuola. Mentre si compie questa evoluzione, che segna il primo passo di una terapia diretta sul pensiero e sul sentimento, un'altra tecnica psicoterapica si crea e si fa strada dal 1860 al 1890, nei paesi anglosassoni, molto più evoluti industrialmente dei latini, ma molto più di questi suggestionabili alle correnti del misticismo teosofico e filosofico: quella che escludendo il miracolo operato da uomini per mandato divino crea una psicoterapia metafisica religiosa pura. È la « Christian Science »: cioè la guarigione del male con la negazione metafisica del male stesso. « Dio essendo tutto, e Dio essendo puro bene e puro spirito, la materia non esiste se non come « illusione » o « forma di passaggio ». Il corpo non esiste, la vita non è fisica ma spirituale. Nulla è reale ed eterno, se non lo spirito che è Dio e la sua idea: il male non è nè una persona né una cosa; la credenza del male fisico

non è altro che una « illusione mortale » dello spirito, il quale per sè solo ha la forza e la possibilità di scacciare e neutralizzare questa illusione». E dire che la profetessa della Christian Science, Mrs Eddy, una paranoica isterica e ignorante. è morta con gli onori di una divinità, ha creato un movimento sociale diffusissimo in America ed ha fondato centinaia di chiese e migliaia di corporazioni, in America. Ciò che non deve stupire, quando si pensi che l'America è la patria del presidente Wilson.

Un secondo sistema di cure psichiche, più razionale senza dubbio, ma ancora troppo « filosofico » è quello che fu predicato da *Dubois* di Berna e da certe associazioni americane « *Emmanuel Scools* »: i quali vogliono istruire i malati e moralizzarli: insegnar loro le verità filosofiche e la verità medica sulle loro malattie: elevarne il carattere, dar loro una condotta di vita bella, energica, generosa. Tutto ciò sembra perfetto, per quanto a un umile psichiatra questo sembri più il compito della modesta educazione famigliare, anzicchè di associazioni o di psichiatri più o meno inspirati da Dio: ma poi basta a guarire? Parrebbe che no. Vi sono dei disturbi funzionali centrali — e son questi la massa enorme delle psiconevrosi — ai quali non basta un filosofo, ma occorre un medico psicologo consumato, libero sopratutto di pregiudizi e che conosca — non superficialmente, ma profondamente — la struttura del cervello, le funzioni e le variazioni tanto complesse della cerebrazione sana e malata.

Ecco perchè la suggestione e l'ipnotismo che inaugurano il terzo periodo, scientifico, della terapia dello spirito, sembrano, dopo la già annosa prova del tempo, destinati a successi più fecondi e probativi

Essi si basano su una facoltà ben conosciuta dell'attività corticale, l'automatismo. e permettono di innestare, su questa attività corticale, quand'è ammalata, dei processi ideativi suggeriti e atti a ricondurla entro i confini della sua normale procedura. La suggesione è spesso una semplice «persuasione forzata» ma è in ogni caso una pratica di ripulitura, di asepsi mentale, quando sia esercitata non dall'empirico, ma da un psichiatra molto esperto e molto colto.

È sembrato tempo, al vivace e fecondo spirito di *Janet*, di riunire in un corpo di dottrina tutto quanto si conosce e si é compiuto finora nei riguardi della psicoterapia. Epperò mentre in questo primo volume è fatta la storia delle cure miracolose, di quelle ottenute col magnetismo animale, col pazzo misticismo teologico — che è quasi un cinismo orpellato — della Christian Science, con il rimodernato stoicismo di *Dubois* ed altri; infine con le immense e ben più solide risorse della suggestione, saranno studiati, nel secondo, i trattamenti di economia animale diretti, alla rigenerazione della mente malata (riposo, isolamento, disinfezione mentale); e nel terzo per ultimo, le ricerche sulle acquisizioni psicologiche che si sono ottenute con i varî trattamenti curativi dello spirito, con le varie eccitazioni e direttive morali esercitate sui soggetti psico-malati.

Levi Bianchini

POROT ET HESNARD — Psychiatrie di guerre — Alcan Paris, 1919.

Si è detto che non esiste una « psichiatria di guerra ». Questa affermazione è forse esatta da un punto di vista assoluto, nel senso che la guerra non ha creato nessuna psicosi nuova e che non esistono delle sindromi mentali specifiche della commozione, dell'emozione e degli altri fattori morali e fisici messi in giuoco dalla guerra stessa. Ma esistono tuttavia una tale intensità ed una tale sommazione di cause efficienti, un predominio così evidente di certe manifestazioni, delle anomalie così pronunziate nell'evoluzione di alcune psicosi, che la guerra ha in realtà modificato, per i psichiatri, il corso abituale delle loro osservazioni in tempo di pace ed ha permesso loro di rilevare una massa imponente di sintomi che per la loro frequenza, affinità e concatenazione meritano di essere riuniti in sindromi e formule cliniche il cui studio s' impone allo spirito dell'osservatore con tutta la forza della verità e della realtà obiettiva.

È con tale criterio che è composto il libro di *Porot* et *Hesmard*. Nella prima parte, consacrata alle considerazioni eziologiche, gli Aa. studiano l' influenza rispettiva e proporzionale esercitata, sulla patogenesi delle psicosi, dai fattori eziologici particolari alla guerra: esaurimento ed emozione da un lato, costituzioni psicopatiche dall'altro. Nella seconda parte, dello studio clinico, sono presentati i tipi nosografici più frequentemente osservati, senza preoccupazione di una classificazione definitiva; per procedere infine all'analisi della loro evoluzione clinica e della prognosi finale, agli insegnamenti psichiatrici della guerra che ha agito, si può dire, come un formidabile fattore di contributi sperimentali alla patologia mentale.

L' insegnamento più evidente che è risultato da tanta somma di fatti e di fattori, è *l' importanza primordiale delle emozioni nella genesi dei disturbi psicopatici di guerra:* e non solo nella genesi di quelle infermità condizionate alle leggi di una costituzione morbosa preesistente, ma ancora di tutte le psicosi di guerra in attività di evoluzione. L'uomo non è solo un organismo intellettuale la cui patologia si rilevi con le variazioni pure e semplici di quelle funzioni schematiche assegnategli dai psicologi delle antiche scuole filosofiche. È invece un essere affettivo, di cui tutte le estrinsecazioni sono regolate dalla meccanica delle sue tendenze mentali e dal giuoco incessante dei suoi complessi emotivi: sono le leggi del dinamismo psicoaffettivo della personalità che dominano incessantemente le oscillazioni, le fasi evolutive e sopratutto gli accidenti morbosi della sua vita mentale.

L' emozione è un agente biologico che sfugge all' antico dualismo metafisico della causa fisica e della causa morale, del corpo e dello spirito. Le concezioni moderne sull' importanza dell'equilibrio endocrino, dell' individualismo umorale ecc. nel determinismo dei processi emotivi, sono tali da far ammettere che le psicopatie sono malattie dell'organismo tutto

intero, ma più diffuse delle altre, più sintetiche, più strettamente legate alle variazioni intime, abitualmente oscillanti, spesso climateriche, della vita cellulare. Questa influenza dell'emozione sia per la forma clinica degli stadi di invasione che per il decorso e la prognosi delle psicopatie, ha rimesso in tutto valore il concetto primordiale della confusione mentale e del delirio onirico quali furono imposti dalla genialità di *Regis:* di cui gli antori di prima guerra, ossessionati dalla teoria filosofica della degenerazione, avevano disconosciuta l'importanza e la frequenza, ma che la guerra ha confermato in maniera incofutabile.

La guerra ha ancora permesso di precisare l'evoluzione delle psicosi. Essa ha offerto degli esempi di psicopatie scoppiate sotto la sua diretta inffuenza, prolungate, recidivate, evolute verso la demenza o verso i tipi classici, dopo uno stadio di generalizzazione e di polimorfismo sintomatico. Essa ha confermato ancora quella grande idea di *Regis* che la confusione mentale — la quale il più spesso delle volte guarisce — può diventare cronica o finire negli stadi di involuzione psichica precoce più o meno completa e riproducenti più o meno, nel loro aspetto clinico, la forma sintomatica caratteristica della fase iniziale. É questo un nuovo aspetto della clinica psichiatrica, la *psichiatria dinamica* opposta alla psichiatria statica delle antiche entità morbosé e dei tipi tradizionali: psichiatria di cui è prematuro fissare i dettagli, ma il cui abozzo é già solido e fatto sugli insegnamenti, non del tutto infecondi, della mostruosa guerra testè cessata.

Levi Bianchini

ROUSSY ET LHERMITTE — Les Psychonévroses de guerre — 1 Vol. Collect. Horizon — Masson, Paris, 1917.

ROUSSY, BOISSEAU, D'OELSNITZ — Traitement des psychonévroses de guerre — 1 Vol. Collect. Horizon — Masson, Paris 1918.

I due volumi si completano a vicenda e sono informati allo stesso criterio direttivo: cioè l'accettazione delle idee di Babinski sulla natura pitiatica dei disturbi *motori* riflessi, con la riserva che questi, lungi dal poter sparire bruscamente con la persuasione e dall'essere resistenti alla psicoterapia, sono invece susscettibili di sparire gradatamente con la persuasione e sono perfettamente guaribili con la psicoterapia. Così pure non sono accettabili tutti i caratteri proposti da Babinski e Froment per i disturbi psicopatici da loro descritti (paralisi e contratture riflesse), perchè i disturbi vasomotori o termici si osservano quasi sempre alle estremità degli arti, qualunque sia l'altezzza della lesione organica; perchè non tutte le lesioni periferiche degli arti si accompagnano a disturbi fisiopatici; perchè i disturbi vasomotori si possono osservare, spesso molto pronunciati, nelle paralisi e contratture senza lesioni esterne, cioè nelle paralisi

puramente pitiatiche: perchè infine i disturbi vasomotori e della termogenesi locale sono lungi dall'appartenere specificamente alle contratture e paralisi riflesse. Essi sono invece frequenti ed intensi nelle lesioni anatomiche dei nervi periferici con o senza partecipazione di lesioni vascolari.

A parte ciò gli Aa. riconoscono, nella concezione generale delle psiconevrosi di guerra (Roussy et Lhermitte), l'importanza patogenetica primordiale dell'emozione - shok unita ad una costituzione morbosa neupatica (emotiva) nella genesi dei disturbi psiconevrotici di guerra: paralisi e contratture, tremori e tics, algie, disturbi sensitivo - sensoriali, circolatorii ed infine i disturbi psichici più o meno lievi e transitorii sia dei psiconevrotici *emozionati*, che dei *commozionati* fisici.

Nell'esporre la terapia delle psiconevrosi di guerra (Roussy, Boisseau e D'Oelsnitz) gli Aa. insistono sulla perfetta curabilità dei disturbi anche a lunga distanza di tempo, siano o no essi di natura « pitiatica » o « istero - organica », e quindi sulla possibilità del ricupero dei soldati guariti, destinandoli ai vari servizi a seconda della loro costituzione neuropatica primordiale, della vastità dei disturbi presentati, del pericolo delle recidive.

Colpisce, nei due volumi, ottimi per il piano, per l'esposizione, per l'eccellente contributo clinico e icongrafico, lo sforzo costante fatto dagli Aa. per conciliare il concetto apodittico di Babinski sui disturbi pitiatici e la dottrina classica emotigena dell' isteria, che la guerra ha riconfermata luminosamente sulla base di uno sterminato contributo clinico. Ne deriva una certa confusione, se non di idee, di parole e di termini poco utile alla massa dei lettori non psichiatri: ma che dimostra in conclusione come la concezione classica dell' isterismo, che io stesso ho strenuamente sostenuta contro Babinski con la teoria della dissociabilità psico - neurassiale (psiconeuroschisi: v. questo Archivio, 1913) ritorni più che mai viva e vitale a riprendere il suo posto nella nosografia delle psiconevrosi, di cui l' isterismo è e sarà sempre il prototipo incontestato.

Levi Bianchini

Lépine — Troubles mentaux de guerre — 1 Vol. della collection Horizon, Masson, Paris, 1917.

Se la guerra non ha creato delle forme psicopatiche nuove, essa però ha moltiplicate le nostre conoscenze sugli stati intermediari fra ragione e follia: ha determinati nuovi caratteri, sia eziologici che evolutivi, nei tipi classici delle psicosi e delle psiconevrosi conosciute anche bellum. A parte le cause emotigene le quali agiscono sopratutto nei predisposti, (e ciò è dimostrato dalla sproporzione che intercede fra gli enormi elementi di emozione in guerra ed i milioni d' individui combattenti ad essi sottoposti, da un lato, e la percentuale relativamente minima dei psico neuropatici dall'altro) è certo che le grandi commozioni da scoppio hanno agito come nuova causa primordiale — combinata o no con l' emozione —

sulla genesi della massima parte di disturbi mentali osservati in guerra: sulla loro evoluzione e sulla loro sintomatologia.

Ma un altro fattore comune ha ancora gravemente pesato sui combattenti francesi; l'alcoolismo. L'alcool, afferma Lépine, giuoca in questa guerra un' inportanza analoga a quella del paludismo nella patologia di certi paesi. Indipendentemente dalle sue manifestazioni specifiche e conclamate, lo si trova, quando lo si cerchi, come fattore iniziale o distale in una somma di squilibrati e di anomali, i quali non sono altro se non degli eredo - alcoolisti; oppure come causa occasionale e determinante degli accidenti psicopatici in soggetti che, sottratti all'alcool, avrebbero resistito. Esso domina nettamente la patologia delle retrovie, influenza infaustamente quella della zona di operazioni. Le cifre del centro psichiatrico diretto da Lèpine, ripartite su tre annate e su un totale di 6000 malati, accusano l'alcool di essere la causa unica o assolutamente primordiale dei disturbi in più che il 35 $^0|_0$ dei casi: tenendo conto poi di quei soggetti per i quali esso non ha che un valore d'occasione, si può ritenere che più della metà, forse pure i due terzi dei soggetti esaminati erano stati influenzati dall'alcool.

Un ultimo fatto nuovo ha rivelato la guerra. Sia la commozione, o il traumatismo, o la malattia, o semplicemente lo shock emozionale, sembrerebbe che i soggetti che non hanno sofferto e sono apparentemente guariti, dovessero acquistare una certa immunità contro alle loro sequele psichiche e nervose. Succede invece tutto il contrario. Qnando i fattori sopra citati hanno intaccato profondamente i centri nervosi, non è più l'adattamento che si manifesta, ma la ipersensibilità reattiva che ne residua: così che si può parlare dell' istituzione di una vera e propria anafilassi psiconervosa con l'abbassamento del tono morale, con la inutilizzazione dei soggetti alla guerra e con le delicatissime misure medico - legali che ne conseguono agli effetti sia del ricupero parziale o totale, sia della loro liquidazione.

Levi Bianchini

LÉRI — Commotions et Émotions de guerre — 1 vol. della Collection Horizon — Masson, Paris 1918.

La « commozione » vera, cioè lo « scuotimento, la succussione trasmessa » per esplosione di granata è rarissima. Ciò dipende dalla natura fisica stessa dell' esplosione il cui « cono di proiezione » dei gas sviluppati dall'esplosivo e dalla polvere è, anche per i più grossi proiettili, limitato ad una zona di pochissimi metri e diretta dal punto di esplosione verso l'alto. E' in questa zona soltanto che i gas agiscono all'enorme pressione di 35.000 atmosfere e si comportano come corpi solidi: e solo chi è colpito nel raggio di azione di questa zona, è un vero « commozionato: » salvo naturalmente il caso, in cui la

commozione si sviluppi con un meccanismo secondario analogo a quello degli infortunii. cioè o con la percussione violenta sul cranio di un corpo contundente, o con la caduta dell'individuo da una certa altezza. A parte ciò lo scoppio di granata produce molto più facilmente i fenomeni della « contusione » per proiettili secondarii e quelli della « emozione » per lo shock psicotraumatico: epperò esclusi come s'è detto i traumi grossolani encefalospinali e la commozione aerea, si devono isolare due altre sindromi: quelle dei « contusi cerebrali e spinali » e quelle degli « emozionati ». In genere la stragrande maggioranza dei casi è rappresentata da forme miste contusivo-emozionali: appunto perchè è difficile, anzi eccezionale che il combattente in trincea venga colpito entro il cono di proiezione, da un lato: mentre dall'altro gli effetti della contusione per seppellimento, per ferite da scheggie e quelli della emozione-spavento vanno spessissimo assommati.

Questa monografia di Lèri è una delle poche che siano condotte con metodo, con profonda conoscenza della materia, con ammirabile chiarezza e semplicità, e merita veramente le non parche lodi che P. Marie ha prodigate nella prefazione.

Premesse alcune importanti nozioni tecniche sulla natura ed azione dei proiettiii esplosivi, Lèri analizza le cause della commozione sul campo di battaglia, le varie sintomatologie e diagnosi differenziali dei commozionati, contusi, emozionati, sul campo di battaglia, allo smistamento presso la sezione di sanità, negli ospedali di sgombero e territoriali. Sono descritti in seguito i disturbi mentali consecutivi alle commozioni-emozioni ed i cui tipi più frequenti sono la confusione mentale ed i fenomeni isterici. A proposito di questi, ed esclusa la simulazione, sembra difficile a Leri che, dopo un esame approfondito, non si possa trovare in tali malati un qualche piccolo segno di lesione organica: tanto che spesso, anzichè ritenere con i più che l'isterico venga scambiato per un organico, è l'organico che ben spesso viene preso per un isterico.

Chiudono la trattazione lo studio sulle lesioni a focolaio dei commozionati, sulla natura e patogenesi delle lesioni ed infine sul trattamento medicolegale dei colpiti.

Levi Bianchini

CHATELIN — Les blessures du cerveau — 1 vol. Collection Horizon Masson, Paris, 1918.

Lo studio delle ferite del cranio dovute alla guerra, dice P. Marie nella prefazione di questo volume equilibrato e ben fatto, ci ha arrecato una serie di nozioni nuove. Fino ad oggi, le nostre conoscenze di patologia cerebrale nell'uomo, dal punto di vista sopratutto delle localizzazioni, erano basate quasi esclusivamente sui casi di lesioni a fo-

colaio provenienti dall'emorragia e sopratutto dal rammollimento cerebrale. Nelle lesioni di questo genere, le quali sono tutte di origine vascolare, è impossibile che la sostanza bianca delle circonvoluzioni non sia considerevolmente interessata; noi possiamo quindi affermare che la patologia cerebrale, quale la conoscevamo fino ad oggi, era quasi esclusivamente una *patologia della sostanza bianca*. Le ferite di guerra ci hanno offerto dei fatti molto diversi, cioè lesioni della *corticalità*, con esclusione più o meno completa della sostanza bianca. Tale patologia si trova molto più vicina ai dati della fisiologia sperimentale di quanto non lo fosse l'antica patologia cerebrale e ci permette di acquisire nuovi controlli e nuovi più precisi elementi. Ed infatti, mentre quella che potremmo denominare la *leucopatologia cerebrale* ci rivelava sopratutto delle sindromi globali: — emiplegie, afasie persistenti, emianopsie, — la nuova *poliopatologia cerebrale* ci offre delle sindromi parcellari, delle monoplegie, delle dissociazioni talvolta molto delicate, come espressioni più precise e dirette di un interessamento corticale spesso estremamente preciso.

Un merito particolare di Chatelin è quello di aver localizzate le lesioni cerebrali con un metodo semplice e nuovo di esplorazione topografica: quello del « piombaggio » (plombage) dei solchi: e di aver descritti con molta precisione tutti i disturbi della visione, da ferite craniche, i quali si osservano con molta maggiore frequenza di quanto non si ritenesse finora.

Il metodo del piombaggio consiste in questo. In un cervello perfettamente indurito al formolo si isola la scissura calcarina, in entrambi gli emisferi, insinuando al fondo di essa un filo di piombo che ne percorre tutta la lunghezza: si incastrano in seguito dei piccoli pallini di piombo nelle radiazioni ottiche, dalla corteccia fino al chiasma. A tal punto il cervello viene rimesso nella scatola cranica cui apparteneva e radiografato di prospetto e di profilo.

Volendo ora eseguire una ricerca sul vivo, basta sovrapporre le radiografie-tipo così ottenute a quelle del cranio del soggetto in esame: si può in tal modo precisare con grande approssimazione la posizione del proiettile ed il tragitto che esso ha percorso, in rapporto alle radiazioni ottiche ed alla corticalità calcarina. E' bene, a tal proposito, tener presente che i cranii, rispetto al repérage delle circonvoluzioni si possono dividere in due grandi tipi fondamentali: cranii a tipo frontale, cioè piuttosto alti e corti — che corrisponderebbero ai brachicefali — e cranii a tipo occipitale, piuttosto lunghi e più bassi, che corrisponderebbero ai dolicocefali o ai mesocefali.

Levi Bianchini

Roussy et Lhermitte — Blessures de la moelle et de la queue de cheval — 1 vol. Collect. Horizon Paris, Masson, 1918.

In presenza di un traumatismo della colonna, molti e complessi problemi si pongono innanzi. Anzitutto, il traumatismo ha interessato il midollo? Lo ha interessato direttamente o indirettamente? Quale è l'intensitá e la sede della lesione? Si tratta di una sezione totale o incompleta? Gli Aa. riuniscono in un lucido studio tutta questa parte — la più rara e la più difficile — della patologia neurochirurgica del midollo e della coda equina. La Sindrome di Brown-Sequard è descritta in tutte le sue modalità: a sezione completa, incompleta, a tipo paralitico e nella « emisezione trasversale superiore » alla quale gli Aa. dedicano nuovi e preziosi elementi. Un'altra rara forma di lesione spinale, che la guerra ha resa più frequente, è la commozione spinale: diretta, se dovuta a traumatismi di corpi contundenti, e capace di riprodurre tutte le sindromi spinali della sezione e dell'emisezione: indiretta, se dovuta a scoppio di proiettili in vicinanza e per la cui patogenesi gli Aa. pur non respingendo a priori la teoria della decompressione, si pronunciano a favore di quella dello « shock gassoso » cioè dell'azione dell'aria compressa analoga a quella di un corpo solido. Sono trattate infine le lesioni della coda e le complicazioni secondarie alle ferite del midollo. A proposito di queste ultime, di cui le più gravi e più rapidamente mortali sono le pleuro-polmonari e le escare, gli Aa. non accettano l'opinione antica, secondo la quale la lesione midollare per sè sola sarebbe capace di produrre dei disturbi trofici precoci, e conseguentemente le escare e la morte per setticemia. Se così fosse, come si spiegherebbe che i siringomielitici, in molti dei quali il midollo può essere ridotto ad un tubo quasi del tutto privato di sostanza grigia, possono vivere anni ed anni, senza presentare decubiti? Gli Aa. sono indotti per ciò a ritenere che la genesi delle escare dipenda solo per minima parte dai disturbi trofonevrotici — del resto indiscutibili — che conseguono alle lesioni del midollo, ma più che tutto dalla estrema facilità di autoinfezione per le orine, dalla compressione prolungata della cute per l'immobilità dei soggetti, e dalla umidità della cute stessa che favorisce l'infezione locale degli agenti microbici e la rapida diffusione al sistema vascolare.

Levi Bianchini

Morat et Doyon — Fonctions de relation et fonctions de reproduction — Volume V ed ultimo del Traitè de Physiologie — Masson, Paris, 1918.

La prima parte, funzioni di relazione, è opera di Morat; la seconda funzioni di riproduzioni, è opera di Doyon. Entrambe racchiudono una esposizione densa di fatti e ricca di dottrina; così che quest'opera, co-

stituente il quinto ed ultimo volume del loro trattato di fisiologia, apparisce come un tutto unico e indipendente. Pochi libri ancora, dànno alla lettura, un'impressione così viva e gradevole ed offrono una mise á point così organica degli argomenti che vi sono trattati.

Nella prima parte, funzioni di relazione, sono anzitutto esposti i principi psicofisiologici e le nozioni generali che presiedono alle funzioni di relazione: sensazione, tono affettivo, coscienza, leggi di Descartes-Müller, di Weber e Fechner, idea di spazio e di tempo. Seguono a questi la classificazione e la trattazione dei sensi specifici divisi in due gruppi: 1. sensi non proiettivi o inferiori (in cui il meccanismo di recezione si svolge a contatto più o meno immediato ma in ogni caso non a distanza dell'organismo) cioè sensibilità di recezione superficiale cutanea (tattile), profonda (cinestesi = senso muscolare e cenestesi = sensazioni interne), spazialità tattile, gusto; 2. sensi proiettivi o superiori (in cui il modo di recezione suppone abitualmente o necessariamente un mezzo di propagazione interposto) cioè olfatto, vista, audizione ai quali è aggiunta la trattazione dei due fatti più caratteristici e necessarii alla vita di relazione dell'uomo con l'ambiente, cioè la fonazione e la locomozione.

Nella seconda parte, funzioni di riproduzione, è premesso una breve sintesi sul ciclo vitale nei vertebrati, sulla crescenza dell'individuo e sulla biochimica di essa, sulla rigenerazione e cultura dei tessuti, sulle modalità della generazione, sui dibattiti non ancora spenti e sulle ipotesi della generazione spontanea. Seguono i cinque capitoli dedicati alla riproduzione propriamente detta. Il primo è dedicato agli elementi riproduttori: uovo e spermatozoidi, sperma, ghiandole sessuali accessorie. Il secondo studia il modo di avvicinamento dei prodotti sessuali e il meccanismo della fecondazione. Il terzo, la cura data all'uovo e alla progenitura (incubazione, gestazione, amore materno, secrezione lattea). Il quarto espone il ciclo dell'attività genitale, la comparsa del calore nel maschio e femmina degli animali, la mestruazione nella donna, la pubertà ed il tramonto del sesso. Il quinto infine studia i sessi, i caratteri sessuali primarî e secondarii, gli effetti della castrazione, il meccanismo di azione delle ghiandole sessuali, la determinazione del sesso.

In questa splendida opera ogni medico specializzato o non, ha qualche cosa da apprendere: sia il clinico generico o il chirurgo, sia l'ostetrico, od il psichiatra: perchè essa è scritta da due biologi ed ogni medico lo è o lo deve essere pure.

Levi Bianchini

ATHANASSIO - BENISTY — Formes cliniques des lésions des nerfs — 2. ed. 1918. 1. vol. Collect. Horizon. Masson, Paris — Traitement et restaurations des lésions des nerfs — 1. vol. Collect. Horizon. Masson, Paris 1917.

Nel primo volume sono esposti, in modo da essere accessibili anche ai medici non neurologhi, i metodi di esame necessarii per la diagnosi di una lesione nervosa periferica; le forme cliniche delle lesioni dei nervi periferici per ordine di frequenza: lesioni del radiale, del mediano, del cubitale, del plesso brachiale, dello sciatico e delle sue branche, del crurale ecc: ed infine le ricerche più personali della autrice sulle alterazioni vascolari associate a quelle dei nervi lesi e sull'interessamento del simpatico nella patogenesi dei fenomeni vasomotori, termici e dolorosi delle nevriti traumatiche di guerra.

Il secondo volume tratta dei processi di terapia e di restaurazione delle lesioni dei tronchi nervosi in seguito a ferite di guerra. L'A. partendo dalle ricerche sperimentali sulla rigenerazione dei cordoni nervosi descrive in seguito le lesioni anatomiche macro - e microscopiche, i sintomi ed i criterii che permettono di diagnosticare la gravità di una lesione e quindi la sua guaribilità; i procedimenti chirurgici meccanici e fisioterapici impiegati nel trattamento di tali lesioni. Un capitolo molto interessante è dedicato agli oramai famosi disturbi fisiopatici: cioè alle paralisi con contratture, alle paralisi flaccide, sulla cui patogenesi oggi — dopo averne tanto discusso — si è ancora ben lungi dall'essere d'accordo.

La parte più notevole per l'originalità delle ricerche e per i corollarî di fisiologia neurassiale è però quella che riporta i risultati delle ricerche condotte da *P. Marie, Meige, Gasset,* e dall'autrice stessa sulle localizzazioni intranervose. Utilizzando l'enorme materiale offerto dalle ferite di guerra, e che in molti casi pone a disposizione del ricercatore dei veri soggetti d'esame biopsico e sperimentale, questi Aa., con una tecnica minutissima e delicata hanno definitivamente dimostrata l'esistenza di una topografia tronculare, analoga a quella dei fasci spinali: ed hanno reso evidente il fatto che le fibre nervose, le quali si rendono ai diversi muscoli, sono sistematicamente ripartite all'interno del tronco nervoso dove esse formano dei fascicoli bene individuati e indipendenti.

Così, per quanto gli esperimenti siano ancora lungi dall'essere completi si sarebbero assodate le seguenti localizzazioni tronculari.

1. *Nel nervo radiale.* Un fascio di fibre destinate al lungo supinatore ed occupanti il bordo esterno del nervo a livello del terzo medio del braccio: un secondo fascio di fibre occupante la regione postero interna e destinate all'estensore comune delle dita.

2. *Nel nervo mediano.* Un gruppo di fibre dei muscoli pronatori sul bordo esterno; quello del flessore comune superficiale delle dita, al bordo interno.

3. *Nel nervo cubitale.* Filetti nervosi destinati ai flessori profondi delle due ultime dita, sul bordo esterno; filetti sensitivi e filetti motori degli interossei, sul bordo interno.

4. *Nel nervo sciatico popliteo esterno* una sola localizzazione motrice sembra allo stato attuale costante: quella delle fibre del tibiale anteriore sul lato antero-interno del nervo.

5. *Nel nervo sciatico popliteo interno* le fibre del tricipite surale occupano, sia al cavo popliteo che alla coscia, la faccia posteriore del tronco nervoso. Altre localizzazioni esatte non si sono finora potute ottenere.

Levi Bianchini

CHALMERS MITCHELL — Le Darwinisme et la guerre — Alcan, Paris, 1916.

Sfruttando, per i loro obiettivi di conquista, il principio darwiniano della lotta per l'esistenza, e cercando, con simile alibì scientifico, una discriminante alla guerra che scatenarono, i tedeschi hanno affermato che la guerra è giusta, necessaria, ammirabile e che questa deduzione è un derivato diretto della biologia. Per parlare il linguaggio di von Bernhardi: « Ovunque noi guardiamo nella natura, noi troviamo che la guerra è la legge fondamentale dell'evoluzione. Questa grande verità, che era già stata riconosciuta nei secoli passati; è stata dimostrata in modo convincente nei tempi moderni da Carlo Darwin ».

Contro questa interpretazione faziosa; contro questa applicazione ai fenomeni morali e sociali della teoria Zoologica del grande naturalista, Chalmers Mitchell, autore non sospetto perchè antico e caldo darvinista, insorge, con fervore di apostolo.

Esiste, egli dice, come realtà biologica aprioristica ed esteriore la legge morale. Essa non ha sede nell' Io, come volevano Kant e Schopenhauer, nè in questa o quella nazione: ma é il costrutto dei sacrifici e delle opere di lunghe generazioni umane. Non è innata nè inerente all'uomo, ma rinchiusa preziosamente nelle tradizioni, nei costumi, nella letteratura, nella religione. La sua creazione ed il suo sviluppo costituiscono la gloria suprema dell'uomo e la coscienza che egli ne ha lo pone infinitamente al disopra del mondo animale. Gli uomini nascono, vivono e muoiono, le nazioni sorgono e scompaiono; ma la lotta per la vita non deve essere apprezzata secondo i loro bisogni immediati, sibbene secondo ciò che essi hanno contribuito alla degradazione od all' elevazione delle grandi opere umane.

Epperò è lecito, di fronte al falso darwinismo sociologico dei tedeschi opporre i seguenti principi.

1° Anche se la lotta per l'esistenza fosse una legge scientifica, essa non si applicherebbe per ciò solo necessariamente alla operazioni umane.

2° Le Nazioni moderne non sono delle unità dello stesso ordine di quelle del regno animale e vegetale, donde la lotta per l'esistenza è stata dedotta.

3° La lotta per l'esistenza, quale è stata concepita da Darwin e quale può essere constatata nella natura, non ha alcuna somiglianza con la guerra umana.

4° L'uomo non è soggetto alle leggi dell'incosciente, e non è in base a queste che deve essere giudicata la sua condotta: ma secondo che questa è in armonia o no con il non - io esteriore e reale che l'uomo ha costruito, con tanti dolori e con tante fatiche, attraverso ai secoli.

Levi Bianchini

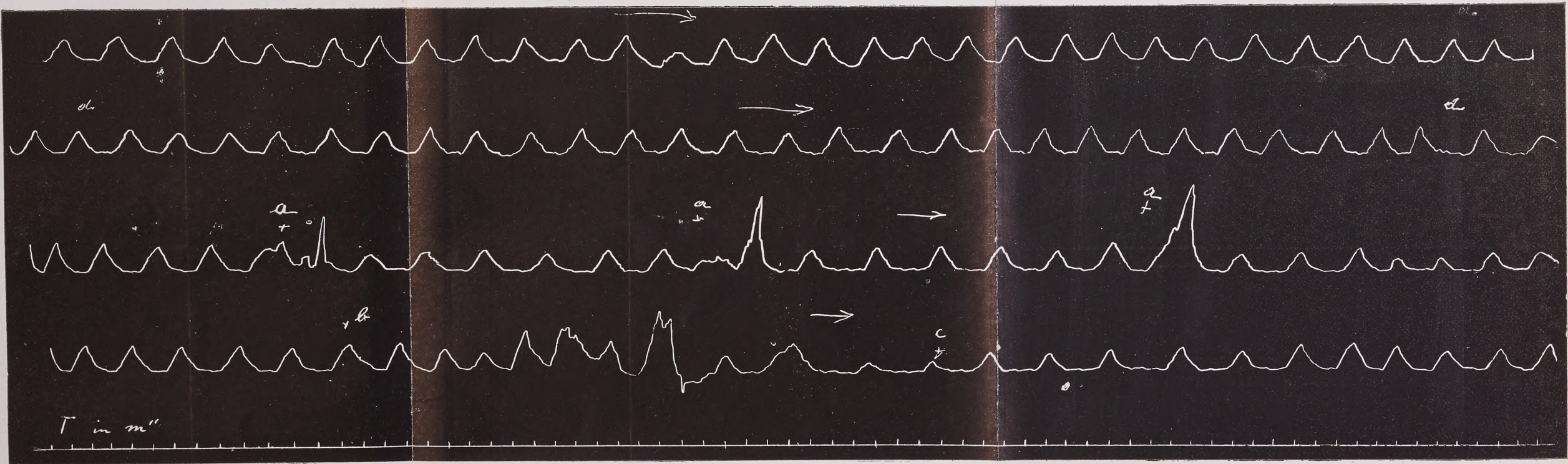
TAMBURINI, FERRARI, ANTONINI — L'assistenza degli alienati ia Italia e nelle varie nazioni — Unione Tip. — Torino — 1918.

Era veramente necessario che anche la psichiatria italiana fosse dotata di un'opera che riassumesse la storia, lo sviluppo, lo stato dei nostri manicomi ed istituti affini: quando si pensi a quanto si è già fatto all'estero con i trattati non più recentissimi di *Tuck* (*Lunacy in many lands*) *e di Pándy* (*Die Irrenfürsorge in Europa*) con quello più recente di *Bresler* (*Irren und Pflegeanstalten in Oesterreich*), con l'altra opera monumentale, in corso di pubblicazione di *Bresler* stesso (*Heil und Pflegeanstalten in Wort und Bild*) che descrive non solo i manicomi di tutto il mondo ma anche gli istituti tedeschi specializzati di assistenza medica per sordomuti, ciechi, epilettici ecc; e con la recentissima infine di *Hurd e Drewry* (*The institutional care of the insane in the United States and Canada*).

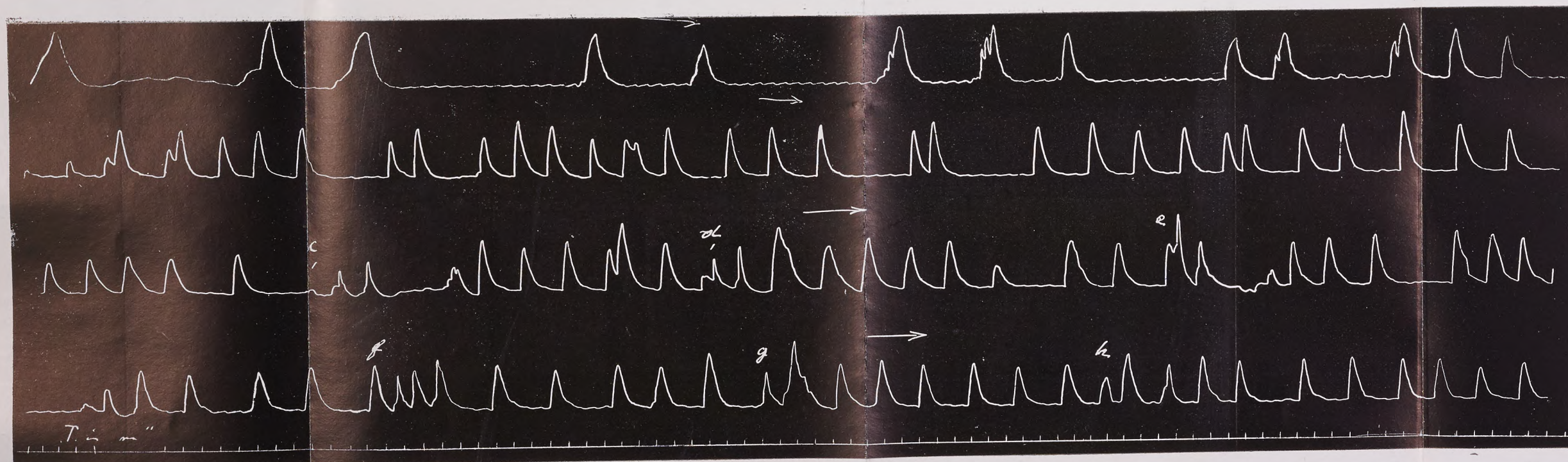
Il trattato nostro è diviso in otto capitoli: la pazzia e l'assistenza degli alienati nelle varie epoche e nell'evoluzione della civiltà; l'assistenza manicomiale degli alienati in Italia; l'assistenza degli alienati nelle altre nazioni; costruzione e organizzazione dei manicomi; assistenza omo ed eterofamigliare; assistenza dei deficienti, epilettici, alcoolisti, pellagrosi, nervosi, delinquenti minorenni, pazzi criminali in Italia e nel-

l'estero; assistenza degli alienati nell'esercito; legislazione degli alienati. Chiude il trattato un breve epilogo sull'avvenire dell'assistenza degli alienati.

Gli illustri autori hanno assolto il loro compito con amore di italiani e con la riconosciuta competenza di tecnici e di scienziati. L'opera loro figurerà degnamente non solo in ogni biblioteca psichiatrica ma dovunque si coltivi, da medici specializzati o non - lo studio dell'igiene, della medicina sociale e delle branche affini.

Levi Bianchini

PNEUMOGRAMMA TORACICO (oss. 3.)

d - d - d pneumogramma allo stato di riposo.
a - a - a pronunzia le sillabe pa-da.
c - c sforzo infruttuoso di pronunciare il proprio nome.

C. FRANK — **Afasia e mutismo da emozione di Guerra**

PNEUMOGRAMMA ADDOMINALE (oss. 46.)

c - d - e pronunzia la sillaba *pa.*
f - g - h pronunzia il suo nome.

C. FRANK — **Afasia e mutismo da emozione di Guerra**

"IL MANICOMIO" Archivio di Psichiatria e Scienze affini
ANNO XXXIV. N.i 1-2-3 — 1919

Fig. 2.

Mutismo isterico (stadio regressivo - afonia - oss. 14) - Mancino — Lieve paresi del VII inf. di S. (Manca il segno del pellicciaio) — Origine non traumatica.

Fig. 1.

Sordomutismo isterico (oss. 41) — Grave paresi del VII inf. di D. (manca il segno del pellicciaio) — Grave paresi della lingua.

C. Frank — **Afasia e mutismo da emozione di Guerra**

INDICE DELL'ANNATA 1919

Lavori originali;

INDICE DEGLI AUTORI

LIBRI ED OPUSCOLI RICEVUTI IN DONO

Vidoni — A proposito della « redenzione dei condannati » mediante la guerra — Archivio di antropologia criminale, fasc. 5-6, 1917.

Garbini — Un caso di spasmo funzionale totale della lingua — Tipografia Perugina — Perugia, 1918.

Courtois Suffit et Giroux — La Cocaine — 1 vol. in-8. di p. 228 — Masson, Paris, 1918. fcs. 4.

Vallat — Accidents du Travail des ouvriers des Usines et Etablissements de la guerre — 1 vol. della Collection Horizon — Masson, Paris, 1918. fcs. 4.

Dolêris et Bouscatel — Neo Malthusianisme, Maternité et Feminisme, Education sexuelle — 1 vol. in-8 di p. 264 — Masson, Paris, 1918. fcs. 4,50.

Murri — Saggio di perizie medico-legali — 1 vol. in 8. gr. di p. 252, lire 10 1919 Zanichelli, Bologna.

Geley — De l'Inconscient au Conscient — 1 vol. in-8 della Bibliothèque de Philosophie contemporaine — 11 fcs. Paris — Alcan — 1919.

Janet — Les mèdications psychologiques — I — Paris, Alcan 1919. 1 vol. in-8 gr. — fcs. 18.

Porot et Hesnard — Psychiatrie de guerre — 1 vol. in-16. Paris, Alcan 1919 fcs. 6.60.

Deschamps — Les maladies de l'Esprit et les Asthenies — 1 vol. in-8. Paris, Alcan, 1919. fcs. 22.

Mingazzini — Le neurosi funzionali da guerra ecc — Giornale di Medicina Militare 1919.

Fiolle — Essais sur la Chirurgie moderne — 1 vol. in-8 piccolo fcs. 4.55 — Alcan. Paris, 1919.

De Martel — Traitement operatoire des plaies du crane — 1 vol. Collect. Horizon — Masson, Paris — 2. edizione 1918 — fcs. 4.40

Rohleder — Monographien ueber die Zeugung beim Menschen — Vol. I. Normale, pathologische und Kuenstliche Zeugung beim Menschen — 2. ediz. 1918. G. Thieme, Leipzig — MK. 7,25.
Vol. III. — Die Funktionsstoerungen der Zeugung beim Manne — 1. ed. 1913 — G. Thieme, Leipzig — MK. 7,25.

Hart B. — The Psycology of insanity — I vol. dei "The Cambridge Manuals of Science and Literature — University Press — Cambridge, 1919. 2 scellini.

Laignel Lavastine — The internal Secretions and the Nervous System — Nervous and mental Disèase monograph Series n. 30. New York. 1919 — 75 cts. di dollaro.

Ricklin — Wishfullfillment and Symbolism in Fairy Tales — ibid. 1915. 1 dollaro.